



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA TOLIMA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA CONTRATACION DE SERVICIOS
(Favor allegar el número de fotocopias del mismo documento que sean requeridas)

CONTRATISTA	DIEGO JULIAN FALON SUZMAN
PROFESION	MEDICO GENERAL.

1	Oficio de continuidad para nuevo proceso/oficio de convocatoria	✓
2	Propuesta o carta de ofrecimientos de los servicios	✓
3	Propuesta o carta de confidencialidad profesional	✓
4	Propuesta o carta estudio de seguridad	✓
5	Estudio de confiabilidad Responsable Talento Humano	✓
6	Formato de información a terceros	✓
7	Diligenciar Hoja de vida en el formato de función pública. (En el aplicativo SIGEP). (Imprimir-firmar-anexar). Actualizada	
8	Diligenciar formato de declaración de bienes y rentas (a partir de 1 de enero de 2012 debe ser diligenciada en el aplicativo SIGEP). Descargado de la página SIGEP actualizado	
9	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado.	✓
10	Fotocopia diploma y acta de grado profesional, tecnólogo y/o Técnico	✓
11	Certificación que acredite la experiencia laboral, que contenga la siguiente información: indicación de la empresa o entidad que expide la certificación, fecha, objeto del contrato, valor, tiempo y funciones o cargo que desempeñaba.	
12	Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada 150.	✓
13	Fotocopia de la tarjeta militar (menores de 50 años hombres).	✓
14	Fotocopia tarjeta profesional	✓
15	Certificado del tribunal de ética Médica (Ley 23 de 1981, reglamentado por el decreto 3380 de 1981)	✓
16	Certificado del tribunal de ética de enfermería (Ley 911)	N/A
17	Certificado tribunal de ética Odontológica (Ley 35 de 1989, reglamento por el decreto 494 de 1990)	N/A
18	Fotografía fondo blanco, tamaño postal pegado en una hoja tamaño carta. (contratista nuevo)	✓
19	Constancia de afiliación a entidad promotora de salud y fondo de pensiones	✓
20	Compromiso de afiliación administradora de riesgos laborales	✓
21	Formato G-H (Aplica Contratista Nuevo) Responsable Talento Humano	
22	Certificado examen Pre-ocupacional (art.18 del Decreto 723 de 2013).	✓
23	Esquema de vacunación para personal Administrativo hepatitis B, tétanos y fiebre amarilla, vacuna Covid-19	N/A
24	Esquema de vacunación para personal Asistencial tétanos, influenza, varicela, hepatitis A-y B, Triple-viral (Rubeola, Parotiditis-y Sarampión y fiebre amarilla, vacuna Covid-19	✓
25	Certificado ANTECEDENTES JUDICIALES expedido por la policía nacional vigente.	✓
26	Certificado vigente ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS expedido por la procuraduría general de la nación.	✓
27	Certificado de medidas correctivas, expedido por la policía nacional (RMC)	✓
28	PAZ Y SALVO contraloría General de la república.	✓
29	Certificado vigente del registro único tributario (RUT) expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN.	✓
30	Certificación sobre una cuenta BANCARIA. No menor a 30 días	✓



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

643317920



Nro. GS-2023-

-DETOL-UPRES-GUPAS 29.25

Ibagué, 23 de octubre de 2023

Señora coronel
SANDRA LILIANA RODRIGUEZ CASTRO
Comandante de Policía Metropolitana Ibagué
Carrera 48 sur # 157-199 Vía Picalaña
Ibagué

Asunto: Informe convocatoria para nuevo procesos de contratación UPRES Tolima.

De manera atenta y respetuosa me permito informar a mi coronel, las actividades realizadas por parte del grupo de Talento Humano de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, referente a la convocatoria No 15 para contratación en la modalidad de prestación de servicios de profesionales en salud que a continuación se relaciona, la cual inició el 17/10/2023 hasta 19/10/2023; así:

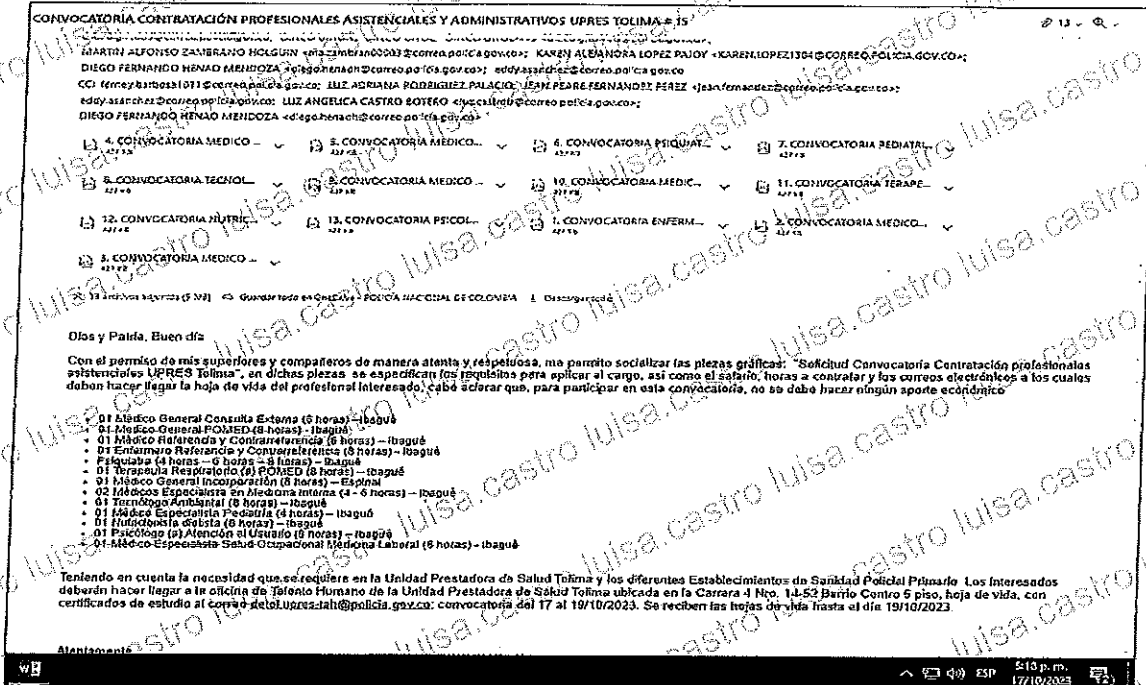
- 01 Médico General Consulta Externa (6 horas) –Ibagué
- 01 Médico General POMED (8 horas) - Ibagué
- 01 Médico Referencia y Contrarreferencia (6 horas) – Ibagué
- 01 Enfermero Referencia y Contrarreferencia (8 horas) - Ibagué
- Psiquiatra (4 horas – 6 horas – 8 horas) – Ibagué
- 01 Terapeuta Respiratorio (a) POMED (8 horas) – Ibagué
- 01 Médico General Incorporación (6 horas) – Espinal
- 02 Médicos Especialista en Medicina Interna (4 - 6 horas) – Ibagué
- 01 Tecnólogo Ambiental (8 horas) – Ibagué
- 01 Médico Especialista Pediatría (4 horas) – Ibagué
- 01 Nutricionista dietista (8 horas) – Ibagué
- 01 Psicólogo (a) Atención al Usuario (8 horas) – Ibagué
- 01 Médico Especialista Salud Ocupacional Medicina Laboral (6 horas) - Ibagué

Las convocatorias en mención, fueron difundidas por los diferentes medios de comunicación institucionales, locales, grupos de WhatsApp, correos electrónicos; entre otros.

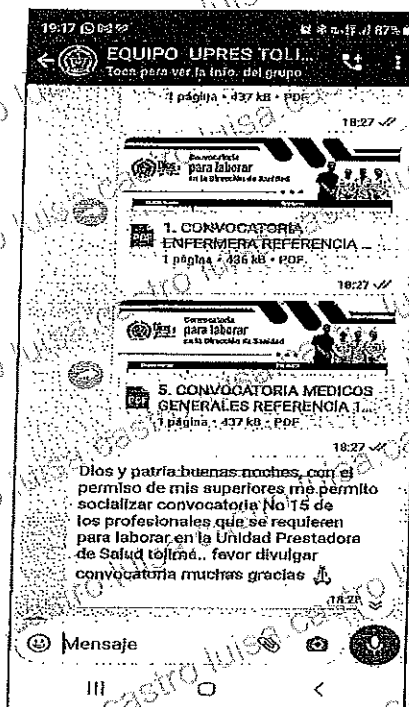
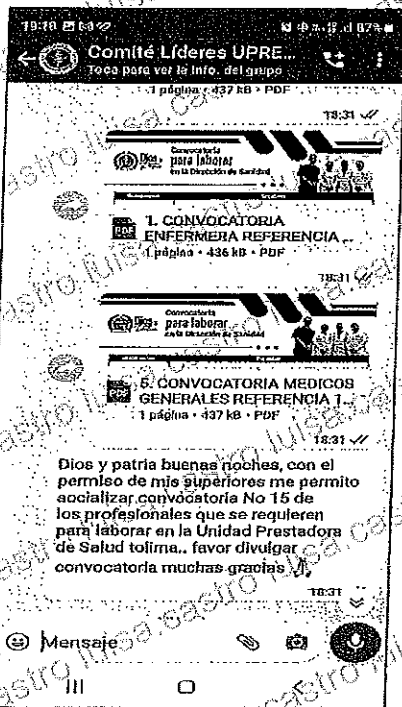
Emisora Radio Policía Nacional 100.0 Ibagué y Oficina Comunicaciones Estratégicas Policía Metropolitana de Ibagué

Mediante comunicado oficial **GS-2023-156430-DETOL** del 16/10/2023, se solicitó autorización para divulgación de convocatoria, así mismo se envió al correo institucional metib.coest@policia.gov.co.

Mensajes Correos electrónicos



Mensajes WhatsApp





Dios y
Patria

Convocatoria para laborar en la Dirección de Sanidad



Denominación	Requisitos
MEDICO GENERAL CONSULTA EXTERNA IBAGUE	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de vida. • Fotocopia del diploma y acta de grado de bachiller. • Fotocopia del diploma y acta de grado que acredite el título de profesional. • Fotocopia Tarjeta Profesional. • Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía y en caso de los hombres copia de la Libreta Militar. • Carné de vacunas (Hepatitis B, Toxoide Tetánico e Influenza). • Certificaciones laborales con experiencia específica (un año en la parte asistencial). • Certificado de antecedentes judiciales Policía. • Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría. • Certificado de antecedentes fiscales de la Contraloría. • Pantallazo Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC). • Pantallazo Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS.
Experiencia laboral	Mínimo 1 año
Salario básico más prestaciones de ley	\$ 3.660.538,00
Nro. de horas a contratar	6
Dirección	Carrera 4 # 14-52 Barrio Centro
No. de vacantes	1
Observaciones	
<p>REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA</p> <p>ERES PROFESIONAL Y QUIERES HACER PARTE DEL MEJOR EQUIPO DE TRABAJO</p> <p>La Policía Nacional por medio de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, realiza convocatoria para que labores con nosotros por CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIO EN IBAGUE. Haz parte de esta familia, buscamos los mejores hombres y mujeres profesionales, que tengan título académico de MEDICO GENERAL CONSULTA EXTERNA. Esperamos tu hoja de vida en la Carrera 4 No. 14-52, Piso 5 y/o en el correo electrónico detol.upres-tah@policia.gov.co</p>	
Plazo convocatoria	DEL 17 AL 19 DE OCTUBRE 2023

Enviar hojas de vida a la casilla de correo electrónico:

Detol.upres-tah@policia.gov.co

Ibagué,

Señora coronel
SANDRA LILIANA RODRIGUEZ CASTRO
Comandante Policía Metropolitana de Ibagué
Ibagué

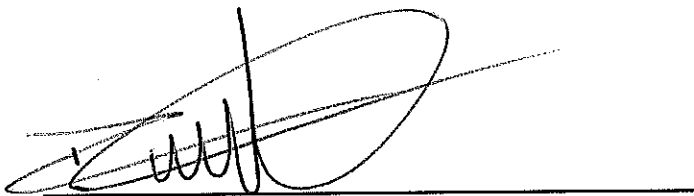
Respetada señora Coronel

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, mis servicios de **MÉDICO GENERAL** que serán prestados **EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA**, para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro en curso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la constitución en los Artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionada con el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Para los anteriores fines me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa entidad.

Cordialmente



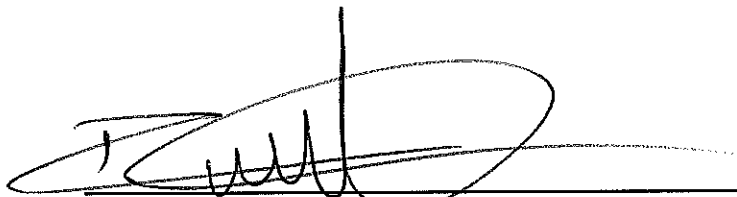
DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
CC.1.110.582872 IBAGUE - TOLIMA

Señora coronel
SANDRA LILIANA RODRIGUEZ CASTRO
Comandante Policía Metropolitana de Ibagué
Ibagué

Yo **DIEGO JULIAN FALON GUZMAN** identificado con la cedula de ciudadanía número C.C 1.110.582.872 de IBAGUE- TOLIMA., me comprometo a mantener la confidencialidad con relación a no discutir y divulgar problemas de pacientes a terceros ni informar sobre procedimientos, diagnósticos reservados y documentación alguna realizada u obtenida en la institución.

Si existe la posibilidad de conocer un caso en el cual pueda tener algún conflicto de interés o contravenir del Código de Ética de la Salud, notificare de inmediato de este hecho y me abstendré de conocer el proceso.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos acepto mi responsabilidad para cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias.

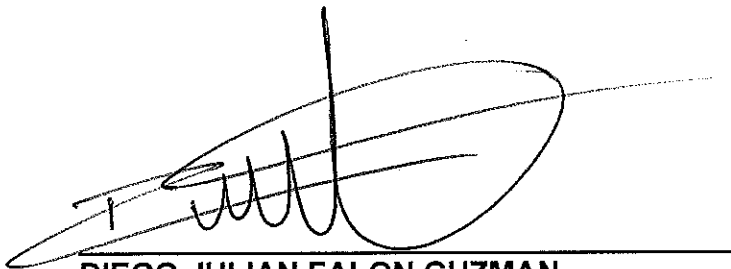


DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
CC.1.110.582872 IBAGUE - TOLIMA

Señora coronel
SANDRA LILIANA RODRIGUEZ CASTRO
Comandante Policía Metropolitana de Ibagué
Ibagué

Yo, **DIEGO JULIAN FALON GUZMAN** identificado con la cedula de ciudadanía número 1.110.582.872 de IBAGUE - TOLIMA, me acojo al resultado que arroje el estudio de seguridad que actualmente me realiza el organismo de inteligencia del Departamento de Policía Tolima, en el evento que el resultado del mismo genere la cancelación del contrato que se llegue a suscribir con **EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA** y cuyo objeto es la prestación de servicios como **MÉDICO GENERAL**.

Si existe la posibilidad de conocer un caso en el cual pueda tener algún conflicto de interés o contravenir del Código de Ética de la Salud, notificare de inmediato de este hecho y me abstendré de conocer el proceso.

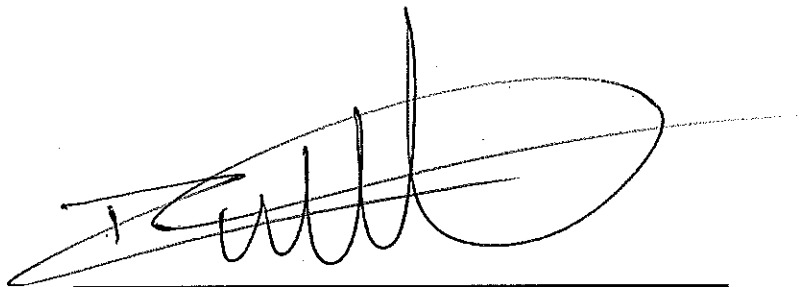
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Falon Guzman', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
CC.1.110.582872 IBAGUE - TOLIMA

Señora coronel
SANDRA LILIANA RODRIGUEZ CASTRO
Comandante Policía Metropolitana de Ibagué
Ibagué

Yo, **DIEGO JULIAN FALON GUZMAN** identificado con la cedula de ciudadanía número 1.110.582.872 de IBAGUE-TOLIMA, me comprometo a realizar la afiliación a una administradora de riesgos laborales cuando se encuentre culminado el proceso de contratación.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diego Julian Falon Guzman', written over a horizontal line.

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
CC.1.110.582872 IBAGUE - TOLIMA



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1.2 Consorcio o Unión Temporal | <input type="checkbox"/> | 1.11 Persona Natural Extranjera | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Departamento | <input type="checkbox"/> | 1.12 Persona Natural Nacional | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | <input type="checkbox"/> | 1.16 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 Gobierno Extranjero | <input type="checkbox"/> | 1.16 Regional sin NIT Especial | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 Municipio | <input type="checkbox"/> | 1.17 Resguardo | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Otra Pública Departamental | <input type="checkbox"/> | 1.18 Sociedad de Economía Mixta | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 Otra Pública Municipal | <input type="checkbox"/> | 1.19 Universidad Pública | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 Otro Beneficiario | <input type="checkbox"/> | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | <input type="checkbox"/> |

2. TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Cédula de Extranjería | <input type="checkbox"/> | 2.5 Pasaporte | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | <input type="checkbox"/> | 2.6 Tarjeta de Identidad | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DEL DOCUMENTO

1 1 1 0 5 8 2 8 7 2

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO DE RETENCION

- | | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | <input type="checkbox"/> | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | <input type="checkbox"/> | 3.6 Régimen Común | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor | <input type="checkbox"/> | 3.7 Régimen Simplificado | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor | <input type="checkbox"/> | | |

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL: Diego Julian Falon Gomez
 5. PAIS: Colombia
 6. CIUDAD: Ibaque
 7. TELEFONO Y FAX: 327262244
 8. DIRECCION: Manzana 245a 79 hacienda Media Pintada
 9. E-MAIL: diefalon@gmail.com


4. INFORMACION DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA: Banco de Bogotá
 2. NUMERO DE LA CUENTA: 3 0 9 0 8 7 4 6 8
 3. CLASE DE CUENTA: CORRIENTE AHORROS

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA


 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Falon		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Guzman		NOMBRES Diego Julian	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1110582872			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 1110582872		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 04 MES 06 AÑO 1997			CARRERA 2 58A 0 Manzana Z casa 19 Hacienda Piedra Pintada		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO TOLIMA	
DEPTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ		MUNICIPIO IBAGUÉ	
MUNICIPIO IBAGUÉ		TELÉFONO 3212622474		EMAIL diefalon@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	09	2021	1110582872

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día		Mes		Año		Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN				

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN				

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

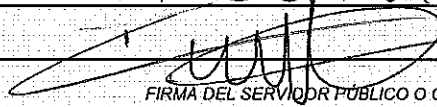
6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Ibasve-Tolima-5-October-2023.



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Empty rounded rectangular box for observations.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

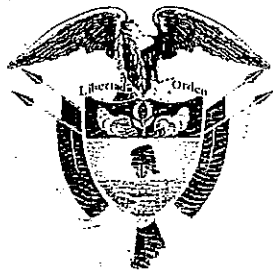


INICIO

Datos BOS

No tiene registrada ninguna Declaración de Bienes y Rentas

Volver



La República de Colombia
y en su nombre

Fundación Colegio Militar

"Inocencio Chirca"

y su campus deportivo

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, según Resolución No. 71-0848 de 25 de Marzo de 2011 y el Ministerio de Defensa Nacional según Resolución 0530 de Enero 29 de 1993

Confiere a:

Diego Julián Falon Guzmán

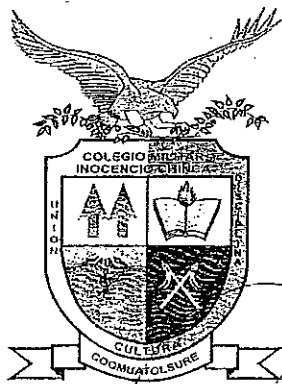
Identificado(a) con C.I. No. 97060401326 de Ibagué

El Título de:

Bachiller Académico

Con Profundización en Formación Militar

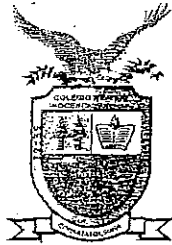
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.



Dado en Ibagué, Tolima el 30 de Noviembre del año 2012
Acta general de graduación No. 01
de Noviembre 26 del año 2012 Folio No. 103

Abg. Ramiro Camelo Amézquita
C.C. 93.371.220 de Ibagué
Rector Académico

J.C. Harold Elén Rubio Aldana
C.C. 93.370.849 de Ibagué
Director General



Fundación Colegio Militar "Inocencio Chincá"

y su campus deportivo

Barrio Especial El Salado Teléfono: (8) 372 55 29 - Ibagué - Tol.
Inscripción S.E.: 331111 Inscripción DANE: 37300100819701;

En Ibagué Tolima a los veintiséis días (26) días del mes de Noviembre de 2012, se reunieron con el fin de legalizar la gradación de los estudiantes de último grado el Rector Académico y la Secretaría General en la oficina de Rectoría Académica de la Fundación Colegio Militar Inocencio Chincá, Institución aprobada por la Secretaria de Educación Municipal Según Resolución N° 0848 de fecha 25 de Marzo de 2011 y Resolución N° 530 de la fecha 29 de Enero de 1993 del Ministerio de Defensa Nacional, para otorgar el Título de:

Bachiller Académico

Con Profundización en Formación Militar

Comprobada la situación legal y Académica del estudiante quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales le otorga el título de BACHILLERACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN FORMACIÓN MILITAR A:

Diego Julián Falon Guzmán

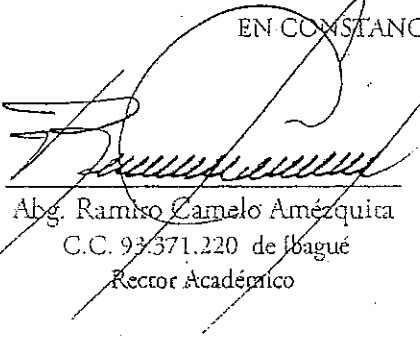
Documento Identidad T.I. N° 97060401326 de Ibagué

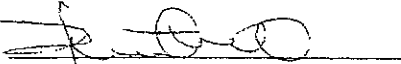
Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado

Folio N°. Acta N°. 01

Dado en Ibagué - Tolima, a los 26 días del mes de Noviembre de 2012

EN CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE ACTA POR:


Abg. Ramiro Camelo Amézquita
C.C. 93.371.220 de Ibagué
Rector Académico


Hada Liliana Gordillo Varón
C.C. 65.782.844 de Ibagué
Secretaría General



LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA VISIÓN DE LAS AMÉRICAS

Personeía Jurídica No. 12998 del 12 de agosto de 1985 del Ministerio de Educación Nacional

OTORGA A

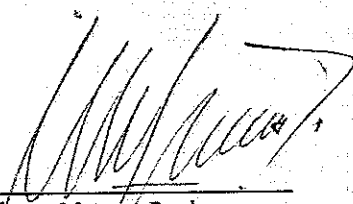
Diego Julian Falon Guzman

Con C.C. 1.110.582.872


EL TÍTULO DE

Médico

Quien ha cumplido los requisitos académicos exigidos por las normas legales y reglamentarias vigentes de la República de Colombia. En testimonio de ello, se expide el presente diploma en Pereira, Departamento de Risaralda, el 5 de octubre de 2021, y se refrenda con las firmas respectivas.



Alvaro Maestré Rocha
Rector



Kenny Cardona Betancur
Secretario General

Anotado al folio No. 499 del libro de Registro de Títulos de la
Institución Universitaria Visión de las Américas No. 15 el día 5 de octubre de 2021.

Vigilada MINEDUCACIÓN



**ACTA DE GRADO No. 374
5 DE OCTUBRE DE 2021**


En la ciudad de Pereira, Departamento de Risaralda, República de Colombia, el 5 de octubre de 2021, en ceremonia de graduación, previo juramento reglamentario, se confirió el título de:

MÉDICO

A

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN, con cédula número **1110582872**, quien cumplió con las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. El título se encuentra registrado para efectos legales de conformidad con el decreto 0636 del 3 de abril de 1996, en el libro de registro de títulos de la Institución Universitaria Visión de las Américas No. 15, folio 499, registro 001.

Para constancia se firma el día cinco (05) del mes de octubre de 2021.



ÁLVARO MAESTRE ROCHA
Rector



KENNY CARDONA BETANCUR
Secretaría General



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA



EL SUSCRITO JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

CERTIFICA:

Que el señor DIEGO JULIAN FALON GUZMAN identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1110582872 de Ibagué-Tolima, cumplió con el tiempo correspondiente al Servicio Social Obligatorio en el Establecimiento de Sanidad Policial Primario Espinal desempeñándose como Medico General y de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 374 del 29 agosto de 2022, plaza No. 336 del formulario 159 del 08 de septiembre del-2009. Iniciando su Servicio Social Obligatorio desde el 01 de septiembre del año 2022 con fecha de terminación el 31 de agosto del año 2023. CODIGO MINISTERIO 7300100000041-2

Se expide a solicitud del interesado. Dada en Ibagué a los treinta y un (31) días del mes de agosto del año 2023.

Mayor ~~WALTER TARAZONA SUAREZ~~
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tolima

Elaboró: SI Anderson Aragón Alvarez
DETOL-UPRES-JEFAD

Revisó: MY Walter Tarazona Suarez
DETOL-UPRES-JEFAD

Fecha de elaboración: 31/08/2023
Ubicación: D:\OFICIOS 2023

Carrera 4 No. 14-52 Barrio Centro
Teléfono 2739811 EXT 3410
detol.upres-tah@policia.gov.co





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA



Señores
MEDICINA LEGAL

EL SUSCRITO JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

CERTIFICA:

Que el señor DIEGO JULIAN FALON GUZMAN identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1110582872 de Ibagué-Tolima, no realizo actividades medico legales ni en clínica ni en patología durante el año de servicio social obligatorio realizado como Medico General en nuestra institución. Iniciando su Servicio Social Obligatorio desde el 01 de septiembre del año 2022 con fecha de terminación el 31 de agosto del año 2023. CODIGO MINISTERIO 7300100000041-2, plaza No. 336 del formulario 159 del 08 de septiembre del 2009. Aprobada por la Secretaria Departamental de Salud del Tolima.

Se expide el presente certificado con destino al Instituto de Medicina Legal del Departamento del Tolima y Secretaria de Salud. Dada en Ibagué a los treinta y un (31) días del mes de agosto del año 2023.


Mayor **WALTER TARAZONA SUAREZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tolima


Elaboró: SI Anderson Aragón Alvarez
DETOL-UPRES-JEFAD

Revisó: MY Walter Tarazona Suarez
DETOL-UPRES-JEFAD

Fecha de elaboración: 31/08/2023
Ubicación: D:OFICIOS 2023

Carrera 4 No. 14-52 Barrio Centro
Teléfono 2739811 EXT 3410
detol.upres-tah@policia.gov.co





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

PAZ Y SALVO UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

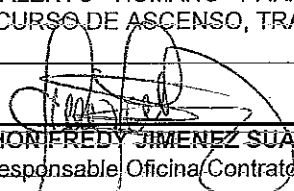
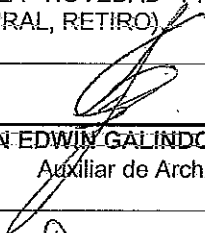
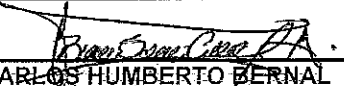
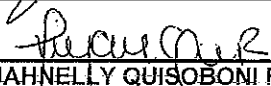

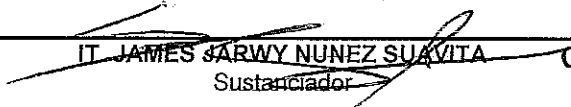
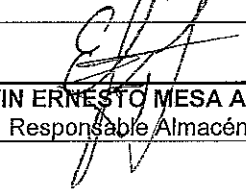
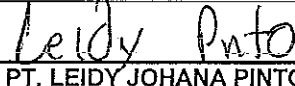
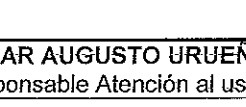

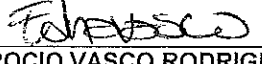
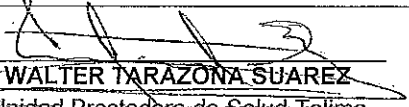
Ibagué, 31 de agosto de 2023

GRADO APELLIDOS Y NOMBRES: RU DIEGO JULIAN FALON GUZMAN

NUMERO DE CEDULA: 1110582872

CLASE DE NOVEDADES: PLAN VACACIONAL___ VACACIONES EXTRAORDINARIAS___ CURSO DE ASCENSO _ TRASLADO _ RETIRO _ LICENCIA NO REMUNERADA _ TERMINO AÑO RURAL _X_ **NOTA:** PARA FORMALIZAR SU PAZ Y SALVO DEBE HACER ENTREGA DE LOS ELEMENTOS QUE TENGA A CARGO DE DOTACION OFICIAL Y REALIZAR ACTA DE ENTREGA DEL PROCESO.

EL PRESENTE FORMATO ES DE CARACTER OBLIGATORIO, PARA LA PRESENTACION ANTE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO PARA LA FORMALIZACION DE LA NOVEDAD PRESENTADA (VACACIONES, CURSO DE ASCENSO, TRASLADO, TERMINO DE AÑO RURAL, RETIRO)

 IT. JHON FREDY JIMENEZ SUAREZ Responsable Oficina Contratos	 SI. JHON EDWIN GALINDO SEPULVEDA Auxiliar de Archivo
 SI. CARLOS HUMBERTO BERNAL Responsable Planeación	 SI. LINA JAHNELLY QUISOBONI RENGIFO Responsable Telémática
 SI. ANDERZON ARAGON ALVAREZ Responsable Talento Humano (E)	 IT. JAMES JARWY NUNEZ SUAVITA Sustanciador
 IT. EDWIN ERNESTO MESA AGUDELO Responsable Almacén	 PT. LEIDY JOHANA PINTO PRADA Responsable ESPRI BAIBA (E)
 SI. CESAR AUGUSTO URUEÑA RÍOS Responsable Atención al usuario	 AA_31 ENIDITH PEÑA JAVELA Central de Cuentas (E)
 SI. EDNA ROCIO VASCO RODRIGUEZ Jefe Administrativo y Financiero (E)	
 MY. WALTER TARAZONA SUAREZ Jefe Unidad Prestadora de Salud Tolima	

Carrera 4 No. 14-52 Barrio Centro
Teléfono 2739811 EXT 3410
detol.upres-tah@policia.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.582.872**

FALON GUZMAN

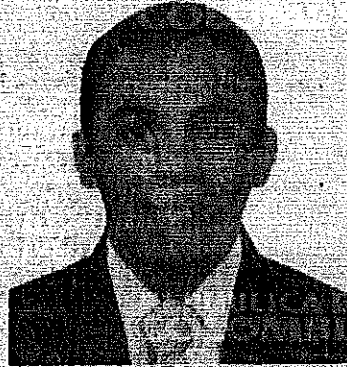
APELLIDOS

DIEGO JULIAN

NOMBRES

Diego Julian Falon Guzman

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
ESPINAL
(TOLIMA)

04-JUN-1997

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

O-

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

16-JUN-2015 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2900100-00734543-M-1110582872-20150818

0045902896A 2

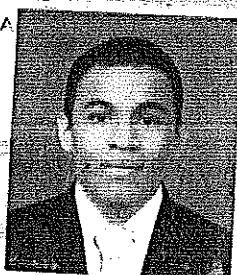
44488645



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
 Tarjeta Reservista Primer Clase

NÚMERO **1110582872**
 APELLIDOS Y NOMBRES
FALÓN GUZMÁN
DIEGO JULIAN
 PERTENECE A LA RESERVA DE:


1ª LÍNEA 31 - DIC 2027	2ª LÍNEA 31 - DIC 2037	3ª LÍNEA 31 - DIC 2047
------------------------------	------------------------------	------------------------------

FECHA DE EXP: 26 NOV 2015 ESP. MIL
 PROFESIÓN **UM**


Diego Falon Guzman
 CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL
 Instrucciones Especiales **2015 209 212469**


- Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Cesora: contratos con cualquier entidad pública
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tomar posesión de cargos públicos
 - Obtener grado de profesional en cualquier camino docente de educación superior.
- En caso de convocatoria de reservas de llamamiento asociado a movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto


00848833

IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
CC 1110582872

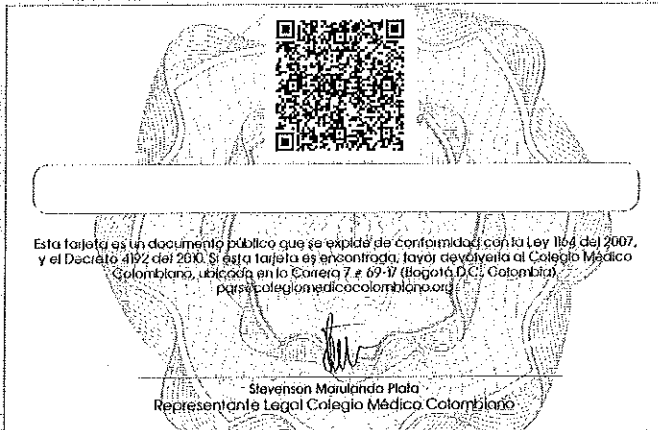
MÉDICO

Institucion Universitaria Vision De Las
Américas
Pereira

GRADO: 05/10/2021
ReTHUS: 26/09/2023



QR DIGITAL



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicada en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá, D.C., Colombia), para colegiomedicocolombiano.org.

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C111058287200145531

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DIEGO JULIAN FALON GUZMAN**, identificado(a) con C.C. No. 1110582872 y T.P. o R.M. No. 1110582872 del(a) Ministerio de Salud, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 02 octubre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).


BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Diego Julian Falon Guzman** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1110582872**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1110582872
NOMBRES Y APELLIDOS	Diego Julian Falon Guzman
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/06/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	05/02/2022
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	05/02/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1110582872 Trabajador Independiente Desde 01/09/2023 - Vigente
N.I.T. 830041314 POLICIA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD Desde 01/10/2022 Hasta 30/09/2023

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO JULIAN FALON GUZMAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1110582872**, se encuentra afiliado/a desde **10/11/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de octubre de 2023.



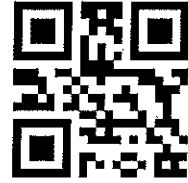
Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co



FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que Ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2023100403111058287201

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC		PRIMER APELLIDO FALON	
No. DE DOCUMENTO 1110582872		SEGUNDO APELLIDO GUZMAN	
PRIMER NOMBRE DIEGO		SEGUNDO NOMBRE JULIAN	
* FECHA NACIMIENTO 1997 06 04	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COLOMBIA	
EPS ACTUAL E.P.S. SANITAS S.A.		AFP ACTUAL COLPENSIONES ADMINISTRADORA C	
DIRECCIÓN RESIDENCIA MZ Z CASA 19 BARRIO PIEDRA PINTADA			
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO ESPINAL	
CELULAR O TELÉFONO Fijo 3212622474		CORREO ELECTRÓNICO DIEFALON@GMAIL.COM	

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>		CIVIL <input checked="" type="checkbox"/>		PÚBLICO <input type="checkbox"/>		PRIVADO <input checked="" type="checkbox"/>		SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
* FECHA INICIO 2023 10 04	* FECHA DE TERMINACIÓN		No. DE MESES		DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES <input checked="" type="checkbox"/> MARTES <input checked="" type="checkbox"/> MIERCOLES <input checked="" type="checkbox"/> JUEVES <input checked="" type="checkbox"/> VIERNES <input checked="" type="checkbox"/> SABADO <input checked="" type="checkbox"/> DOMINGO <input checked="" type="checkbox"/>		DE 01:00 AM <input checked="" type="checkbox"/> HASTA 12:00 AM <input checked="" type="checkbox"/>				
VALOR TOTAL		VALOR MENSUAL \$1160000		* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$1160000							
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN		CÓDIGO 3861001		CARGO U OCUPACIÓN MÉDICO GENERAL, MEDICO CLÍNICO		TAXISTA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
DIRECCIÓN MZ Z CS 19 HACIENDA PIEDRA PINTADA											
DEPARTAMENTO TOLIMA						MUNICIPIO IBAGUE					

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI		* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)	
No. DE DOCUMENTO 899999998		DV 4	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 3861001		La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)	
DIRECCIÓN PRINCIPAL MZ Z CASA 19 BARRIO PIEDRA PINTADA			
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.		MUNICIPIO BOGOTA D.C.	
TELÉFONO 6502200		CORREO ELECTRÓNICO AGUERRERO@POSITIVA.GOV.CO	
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC.		PRIMER APELLIDO	
No. DE DOCUMENTO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2023-10-04 / 16:51:27

* DIEGO JULIAN FALON GUZMAN

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL	3861001
CLASE DE RIESGO	TARIFA
3	2,43600

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PARA LA PROMOCIÓN DE SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Sí No

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Sí No

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.

Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co

Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.

Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
- Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de ESPINAL a los (04) días del mes de octubre del año 2023

Formulario Firmado Electrónicamente / 2023-10-04 / 16:51:27

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN

Firma del Trabajador Independiente

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co

ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES		Fecha de radicación (aaaa mm dd)	2	0	2	3	1	0	0	4
(FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES		Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd)	2	0	2	3	1	0	0	4
I. TIPO DE TRÁMITE										
Tipo de trámite	Identificación de Peligros <input type="checkbox"/>	Novedad <input type="checkbox"/>								
II. NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL										
Tipo de Novedad	<input type="checkbox"/> Por cambio de ocupación u oficio	<input type="checkbox"/> Suspensión contrato	<input type="checkbox"/> Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral							
	<input type="checkbox"/> Identificación de un nuevo peligro.	<input type="checkbox"/> Cambio de datos personales (dirección, teléfono)								
Fecha de novedad (aaaa mm dd)	20231004									

II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO														
Tipo documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> PE	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre				
						FALON	GUZMAN	DIEGO	JULIAN					
Número de documento	1110582872						Dirección	IBAGUE	IBAGUE	TOLIMA				
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa)	0	4	0	6	1	9	9	7						
Código Ocupación u Oficio	Clase de riesgo	CIU-08	Dígitos Adicionales	Nombre de Ocupación u Oficio a la cual se va a afiliar										
	3	2	2	1	1	0	1	MÉDICO GENERAL, MEDICO CLÍNICO						
Género	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Código EPS	EPS 005			Nombre EPS	E.P.S. SANITAS S.A.		Código AFP	2	5	1	4
	Código ARL	1		4	-	2	3	Nombre ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		Nombre AFP COLPENSIONES ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES			

III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR			
Dirección	MZ Z CASA 19 BARRIO PIEDRA PINTADA	Teléfono	3212622474
Ciudad	ESPINAL	Departamento	TOLIMA

IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE													
Tipo documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> PE	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
						GUZMAN		SANDRA	ISABEL				
Número de documento	65700803						Dirección	IBAGUE	IBAGUE	TOLIMA	Teléfono	3203638649	

V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x únicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)										
V.I PELIGROS FÍSICOS										
ENERGÍA MECÁNICA										
<input type="checkbox"/> RUIDO	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO									
<input type="checkbox"/> VIBRACIÓN	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR									
<input type="checkbox"/> PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS	<input type="checkbox"/> RADIACIONES NO IONIZANTES									
ENERGÍA TÉRMICA										
ENERGÍA ELECTROMAGNÉTICA										
V.II PELIGROS QUÍMICOS										
AGREGADOS MOLECULARES										
<input type="checkbox"/> AEROSOLÉS SÓLIDOS: Fibras polvos y humos	<input type="checkbox"/> AEROSOLÉS LÍQUIDOS: Nieblas	<input type="checkbox"/> GASES: Orgánicos o inorgánicos								
MOLECULARES										
V.III PELIGROS BIOLÓGICOS										
MICROORGANISMOS										
<input checked="" type="checkbox"/> VIRUS	<input type="checkbox"/> RICKETTSIAS	<input type="checkbox"/> CRUSTÁCEOS								
<input type="checkbox"/> BACTERIAS	<input checked="" type="checkbox"/> HONGOS	<input type="checkbox"/> ROEDORES								
ARTRÓPODOS										
ANIMALES										
<input type="checkbox"/> INVERTEBRADOS; Parásitos, Protozoos										
<input type="checkbox"/> VERTEBRADOS										
<input type="checkbox"/> VEGETALES, Musgos, Helechos, Semillas										
V.IV PELIGROS ERGONÓMICOS										
CARGA FÍSICA										
<input checked="" type="checkbox"/> ESTÁTICA: Posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales.										
<input type="checkbox"/> DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.										
DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO										
<input checked="" type="checkbox"/> PLANOS DE TRABAJO INADECUADO										
<input checked="" type="checkbox"/> ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO										
V.V PELIGROS DE SEGURIDAD										
FÍSICO-QUÍMICO										
<input type="checkbox"/> INCENDIO										
<input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN										
<input type="checkbox"/> FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS										
<input type="checkbox"/> REACCIONES QUÍMICAS										
ELÉCTRICO										
<input type="checkbox"/> ALTA TENSION (> 57,5 Kilovoltios a 230 Kilovoltios)										
<input type="checkbox"/> MEDIA TENSION (< 1000 Voltios a <= 57,5 kilovoltios)										
<input type="checkbox"/> BAJA TENSION (= 25 Voltios A <= 1000 voltios)										
<input type="checkbox"/> EQUIPOS ELÉCTRICOS (choques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)										
<input type="checkbox"/> TABLEROS ELÉCTRICOS (choques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)										
<input type="checkbox"/> INSTALACIONES ELÉCTRICAS (choques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)										
MECÁNICOS										
<input type="checkbox"/> MÁQUINAS Y EQUIPOS										
<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos)										
<input type="checkbox"/> MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piñones, etc)										
<input type="checkbox"/> EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)										
LOCATIVOS										
<input type="checkbox"/> TRABAJO EN ALTURAS										
<input checked="" type="checkbox"/> ORDEN Y ASEO										
<input type="checkbox"/> ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)										
<input checked="" type="checkbox"/> DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)										
<input checked="" type="checkbox"/> INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)										

V. VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES		V. VII PELIGROS PÚBLICOS	
<input checked="" type="checkbox"/> TERREMOTOS	<input type="checkbox"/> HURTO	<input type="checkbox"/> MANIFESTACIÓN	
<input type="checkbox"/> INUNDACIONES	<input type="checkbox"/> TERRORISMO	<input type="checkbox"/> EXTORSIÓN Y BOLETEO	
<input type="checkbox"/> AVALANCHAS	<input type="checkbox"/> ERUPCIÓN VOLCÁNICA	<input type="checkbox"/> SECUESTRO	
<input type="checkbox"/> TORMENTAS			

V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO					
MARQUE CON UNA X			MARQUE CON UNA X		
CONDICIONES INTRALABORALES			CONDICIONES EXTRALABORALES		
	SI	NO		SI	NO
Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CONTROL	SI	NO		SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El esfuerzo realizado no corresponde con el salario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Formulario Firmado Electrónicamente / 2023-10-04 / 16:51:27	
DIEGO JULIAN FALON GUZMAN	
Firma del Trabajador	Firma del Funcionario de la ARL



BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL

Resolución Secretaria de Salud del Tolima
No. 001107 del 10 de Mayo del 2021
Cod Prestador: 730010214601

CÓDIGO: RG-CALI-1

Versión: 01

Vigente desde:
Noviembre 2016

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL INGRESO

Página 1 de 1

Fecha: 2023-10-04

SIIPS Web 5.0.0

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULARES
Cargo: INDEPENDIENTE

Ciudad: IBAGUE

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: FALON GUZMAN DIEGO JULIAN
Documento Identidad: CC 1110582872
Fecha de Nacimiento: 1997-06-04
Sexo: M
Estado Civil: Soltero
ARL:
Fecha de Nacimiento: 1997-06-04
Dirección: MZ Z CS 19 B HACIENDA PIEDRA PINTADA
Teléfono: 3212622474



EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	Si		
VISIOMETRIA:	No	ESPIROMETRIA:	No
AUDIOMETRIA:	No	LABORATORIOS:	No
OPTOMETRIA:	No	OTROS EXAMENES:	No

CALIFICACION DE APTITUD

CONCEPTO MEDICO:

Apto sin evidencia de alteración en salud

RECOMENDACIONES:

- * Capacitación en ejecución segura de sus tareas
- * Hábitos de estilo de vida saludable
- * Autocuidado
- * Ergonomía (higiene postural)
- * Pausas activas
- * Uso de EPP (Elementos de Protección Personal)

Recomendación: LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, CUIDADO Y PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIO, ASI COMO CONTRA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

DECLARACION DEL TRABADOR: He sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, específicamente la RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 9no: personal responsable de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales. Además de la RESOLUCION 1918 de 2009 Artículo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Certifico que las respuestas dadas por mí en éste exámen son verdicas y completas y autorizo a Empresa BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL S.A.S., a realizar el Exámen Médico Ocupacional y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la empresa PARTICULARES la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo quien ejercerá vigilancia y control sobre la misma, bajo los más estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.

RAMIREZ CORTES REGULO

Licencia: 25_0772 de 2019

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FALON GUZMAN DIEGO JULIAN

CC 1110582872

Carrera 5ta No.37-24

Teléfonos 2652249 - 3176577620

mail: biocentersaludocupacional@gmail.com

18-12-2016-Indicador

Nombres: Diego Julian

Apellidos: Falon Guzman

Documento de Identidad: 1-110582 872

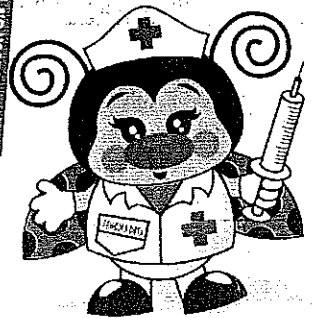
Fecha de Nacimiento: 04 JUNIO 1997

Este Carné es válido a nivel nacional e internacional. Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

Centro de Vacunación - Ibagué - Tolima
 Teléfono: 2664748
 Dirección: Carrera 4ta. H Bis #35-45 - B/ Cádiz

18-12-2016
 INYECTAR SC
 Profunda o iM
 0,5 ml
 09060802E
 Reg. San. INVIMA 2009M-031022
 LOTE: 0906-47102
 VENCE: 01/17



Certificado de Vacunación del Adulto



Cruz Roja Colombiana Seccional Tolima

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador
Toxide tetánico y difterico	1d	10/12/13	77255	Jamette
	2d	07/01/14	77255	Jamette
	3d	16/06/14	13043	Alfany
	4d	25/06/15	40737	Alfany
	5d	18-11-16	41057	Adelina M
Hepatitis B	1d	10/12/13	1434022	Jamette
	2d	07/01/14	1434022	Jamette
	3d	15/02/14	1434022	Fanny
	ref	17/01/15	1143047118	Alfany
Triple Viral	Unica	25/06/13	452802	Fanny
Varicela	Unica			
Vph	1d			
	2d			
	3d			
Herpes Zoster	unica			
Fiebre Tifoidea	1d			
	2d			

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador
Hepatitis A	1d	17/12/15	LOT: AHAB8331A1	Alfany
	2d	18-11-16	89-2017	Adelina M
Meningo BC	1d			
	2d			
Menactra	unica			
Fiebre Amarilla				
Adacel	unica			
Antirrabica	1d			
	2d			
	3d			
Prevenar 13	unica			
Influenza	anual	17/12/15	FluQuadrin™/0.5 ml	
	anual	20-12-16	UI350AA 12 FEB 16	
	anual	26-6-18	FluQuadrin™ 0.5 ml	
Neumo 23	1d		L: UI923AA M: 11ENE18 E: 11ENE19	

LOTE: 0906-47102
 VENCE: 01/17

VACUNACIÓN Y VIDA I.P.S. Certificado de Vacunación

Institución: _____
 Nombre: DEGO JULIAN FELON GUAMAN
 Identificación: 1.110.381.872 tel: _____

Vacuno	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
<u>Infliximab</u>	<u>1</u>	<u>2 Oct 23</u>	<u>X3A44</u>	<u>[Firma]</u>

Vacuno	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
<u>869952</u>	<u>1</u>	<u>12-2023</u>	<u>X3A44</u>	<u>[Firma]</u>

Conservar entre 2°C y 8°C
 Suspensión inyectable
 10 - 15 - 25 mg. Jarab. Polioval. Prendido
 Manual
 Lote: 22012023
X3A44
 CID: 12-2023
Vaxigrip Tetra
 Vacuna antigripal
 tetravalente
 2023 Hemisferio Sur
 Chile: Reg. ISP 9-1719
 Colombia: R.S. No. INVIMA
 020143-000009
 Perú: R.S. N° 95,91124

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: *Diego Julian*

Apellidos: *Falon Garman*

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. *1110582872*

Fecha de nacimiento: Día *04* Mes *06* Año *1993*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	<i>4-03-2022</i>	<i>P10 0312112 - De J</i>	
Otras				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Diego Julian

Apellidos:

Falon GORMAN

Documento
de Identidad:

CC TI PASA
PORTE

No.

Fecha de
Nacimiento:

Día: Mes: Año:

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	sept 2/20		<i>ed</i>
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Certificado de Vacunación

Institución: Fundación Revivamos
 Nombre: Diego Julion Talon Guzman
 Identificación: 410582872 Tel: 321262244

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	MSD
<u>Neurocodo Unica</u>			Pneumovax® 23 VACUNA PNEUMOCÓCICA POLIVALENTE <small>Salvadora Inyectable. Dosis de 0.5 ml</small> <small>Via de administración intramuscular e subcutánea.</small>
<u>07 Diciembre - 2019</u>			
<u>Pneumovax 23</u>			

SEP-2018
 S007695
 SEP-2020


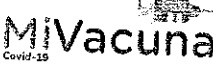


Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador

No. Estado No.
 LA 200934-000096

7802492705-11274




La salud es de todos
Minsalud


Certificado de vacunación

Nombres: *Diego Julion*
 Apellidos: *Faton Gozman*
 Documento de identidad: *C.C.X.T.I.* Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1.110.582.872
 Fecha de nacimiento: Día *04* Mes *06* Año *1997*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	<i>09/03/21</i>	<i>PFIZER</i>	<i>EMH105</i>	<i>HUSJ</i>	<i>Yulieith Ospina</i>	<i>24344110</i>
	2	<i>10/03/21</i>	<i>PFIZER</i>	<i>er 1742</i>	<i>HUSJ</i>	<i>Yulieith Ospina</i>	<i>24344110</i>
		<i>13 DIC</i>	<i>Moderna</i>	<i>240828</i>	<i>HOSPITAL POSITAL DE CABARRAL RAISLES C.R. 20.751.003</i>	<i>Atlix de Enfermería C.C. 38.211.729</i>	

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:03:46 PM horas del 02/10/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1110582872

Apellidos y Nombres: **FALON GUZMAN DIEGO JULIAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

[Volver al inicio](#)

Consulta de antecedentes


Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de identificación:

Cédula de ciudadanía

Número identificación:

1110582872

¿Cuanto es 5 + 3? 

9

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) DIEGO JULIAN FALON GUZMAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1110582872.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, octubre 02, 2023 - Hora de consulta: 14:06:35



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/10/2023 03:08:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1110582872** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **74730442** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

🔍 Nueva Búsqueda

🖨️ Imprimir



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

615 9000



🏠 GOV.CO



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL, INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

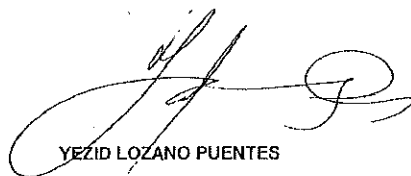
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de octubre de 2023, a las 14:10:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110582872
Código de Verificación	1110582872231002141004

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



ENTHA

EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION
PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internacional de Entrenamiento
en Emergencias y Urgencias.

NIT: 900223619-0

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

CERTIFICA QUE

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
I.D. N° 1110582872

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Básico (BLS) Para Médicos en Salud.

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 14 De Junio De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas académicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

REG:
4dd391bdb1ea9bde



enthaitda.com.co

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS



ENTHA

EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internacional de Entrenamiento
en Emergencias y Urgencias.

NIT: 900223619-0

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

CERTIFICA QUE

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
I.D. N° 1110582872

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso de Soporte Vital Cardiopulmonar Avanzado (ACLS) para Médicos en Salud.

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo numeral 8 del ministerio de educación nacional. Bajo los parámetros establecidos por I.L.C.O.R, American Heart Association y European Resuscitation Council 2020-2025 y según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 16 De Junio De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas académicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

REG:
1ea779c35de3da25



enthaltda.com.co

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

M.D. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

M.D. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS





ENTHA

EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN
PARA EL TALENTO HUMANO

Centro Internacional de Entrenamiento
en Emergencias y Urgencias.

NIT: 900223619-0

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

CERTIFICA QUE

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN
I.D. N° 1110582872

CURSÓ Y APROBÓ EL

Curso Protocolo De Manejo Del Covid 19

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo numeral 8 del ministerio de educación nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, el día 12 De Junio De 2022

Con una intensidad horaria de 24 horas académicas

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años apartir de su fecha de emisión

REG:
bb13f6b1d3995537

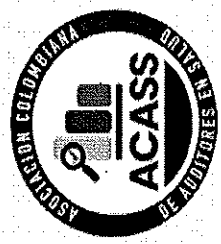


enthaltda.com.co

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

M.D. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

M.D. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS





Otorga el siguiente

CERTIFICADO

Diego Julián Falon Guzmán

C.C CC 1110582872

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Código Fucsia Atención a víctimas de la violencia sexual y de genero, VIRTUAL**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, con un total de **48 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos (2) años según la resolución 3100 de 2019.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 3 de Octubre del 2023.



FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Albe Ospina, MD - Director Ejecutivo Revive E.M.J
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Intufusiones

San Vicente Fundación

Hace constar que:

Diego Julian Falon Guzman

Número de identificación: 1110582872

Logró los objetivos trazados y cumplió con las 11 horas del curso virtual

Humanización y espiritualidad en la atención

Expedido en Medellín febrero 3, 2022



Amalia Villegas Calle

Jefe de Gestión del Conocimiento

San Vicente Fundación



SANVICENTE
fundación

HOSPITAL



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

DIEGO JULIAN FALON GUZMAN

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

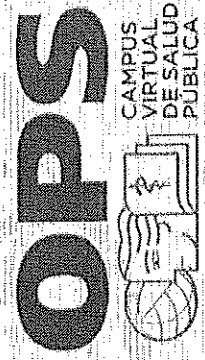
Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

2 de octubre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



Robert Stempel College
of Public Health
& Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://moo.campusvirtualasp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=651b3d63-a738-460d-a933-7382ac1f1c2e>

San Vicente Fundación

Hace constar que:

Diego Julian Falon Guzman

Número de identificación: 1110582872

Logró los objetivos trazados y cumplió con 1 horas del curso virtual

Higiene de manos y manejo de aislamientos hospitalarios

Expedido en Medellín febrero 2, 2022



Amalia Villegas Calle
Jefe de Gestión del Conocimiento
San Vicente Fundación



HOSPITAL SAN VICENTE
FUNDACIÓN

San Vicente Fundación

Hace constar que:

Diego Julian Falon Guzman

Número de identificación: 1110582872

Logró los objetivos trazados y cumplió con 1 horas del curso virtual

Historia clínica para médicos

Expedido en Medellín febrero 2, 2022



Amalia Villegas Calle

Jefe de Gestión del Conocimiento

San Vicente Fundación



SANVICENTE
Fundación

HOSPITAL

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2186 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIEGO JULIAN FALON GUZMAN identificado(a) con CC 1110592872 registra la siguiente información:

2023-10-02--2:24:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2023-09-26	118438	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA TOLIMA BAGUE	2022-09-01	2023-08-31	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14954147414



(415)7707212489984(8020) 000001495414741 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
1 1 1 0 5 8 2 8 7 2

6. DV
2

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico
9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida
25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
26. Número de identificación: 1 1 1 0 5 8 2 8 7 2
27. Fecha expedición: 2 0 1 5, 0 6, 1 6

Lugar de expedición: COLOMBIA
28. País: COLOMBIA
29. Departamento: Tolima
30. Ciudad/Municipio: Ibagué
0 0 1

31. Primer apellido: FALON
32. Segundo apellido: GUZMAN
33. Primer nombre: DIEGO
34. Otros nombres: JULIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA
39. Departamento: Tolima
40. Ciudad/Municipio: Ibagué
0 0 1

41. Dirección principal: MZ Z CA 19 BRR HACIENDA PIEDRA PINTADA

42. Correo electrónico: diefalon@gmail.com

43. Código postal
44. Teléfono 1: 3 2 1 2 6 2 2 4 7 4
45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación			52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código		
8 6 2 1	2 0 2 3, 0 9, 2 8						1 2 3 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0
20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma
56. Tipo
57. Modo
58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la Inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2023 - 10 - 05 / 12 : 55: 01

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

11105828727

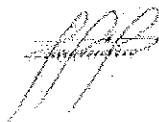
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: OSPINA RUBIO CLAUDIA ALEJANDRA
985. Cargo: Analista II

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DIEGO JULIAN FALON GUZMAN, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.110.582.872 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 309087468, abierta/o desde el 24/6/2013.

Se expide en Bogotá el día 2 del mes de Octubre del año 2023 con destino a: Policía



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

15857

Pereira, 5 de octubre del 2023



La Directora del Departamento de Admisiones, Registro y Control Académico de la INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMÉRICAS, Institución de Educación Superior, reconocida con personería jurídica número 12998 del 12 de agosto de 1985, emanada del Ministerio de Educación Nacional y registrada en el Sistema Nacional de la Información de la Educación Superior -SNIES- con código 2747.

CERTIFICA QUE:

Diego Julian Falon Guzman, identificado con cédula **1,110,582,872**, es graduado de nuestra Institución como Medico, el 05 de octubre del año 2021 según consta en el acta de Graduación No.374 libro 15, folio 26-499, registro 01 del programa de Medicina. El programa tiene una duración de doce semestres.

El programa de Medicina se encuentra registrado con el código 54668 en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior SNIES

Se expide a solicitud del interesado.

**GLORIA PATRICIA
JARAMILLO
VELASQUEZ**

Firmado digitalmente
por GLORIA PATRICIA
JARAMILLO VELASQUEZ
Fecha: 2023.10.06
16:47:58 -05'00'

GLORIA PATRICIA JARAMILLO VELASQUEZ.



La CC/NIT que ha buscado

No evidencia contratación en el SECOP.

Cerrar

CURSO 50 HORAS

Decreto 1072 de 2015
Artículo 2.2.4.6.35

REGISTRO: RCO-026



MINISTERIO DEL TRABAJO

Escuela
Unipymes

Fundación Unipymes

Hace constar que:

DIEGO JULAIN FALON GUZMAN

Número de Documento: 1110582872

Aprobó la capacitación de Curso 50 Horas - SG-SST

Fecha de Certificación: 2023-10-09

Intensidad Horaria: 50 horas

RCO-026 (Oferente Min Trabajo)

Maria Mercedes López - Directora Académica

