FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MISAS	AGUIAR	JUAN CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 71779825	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 71779825 D.M. 48

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 03 AÑO 1979	CARRERA 59N ? 27 B510 Torre 1 -Apto 906 Caba?as (Ciudadela Amazonia) Camino del Viento			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	BELLO		
MUNICIPIO	YARUMAL	TELÉFONO	5985992	EMAIL	juancmisas2@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1997
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	4	X		TECNOLOGIA EN SALUD OCUPACIONAL	11	2008	
PREGRADO	10	X			12	2017	
PREGRADO	10	X		PROFESIONAL EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORAL	12	2017	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1972 INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* INSTRUCTOR SEGURIDAD INDUSTRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 104 59 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* OPERATIVA INSTRUCTOR					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 NORTE 69 120 NORTE BARRIO PEDREGAL					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104N 69 120 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104N 69 120					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104N 69 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJ					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104N 69 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 57N 8 69						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CDHC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJO SEGURO EN ALTURAS					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104N 69 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2014	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 57N 8 69						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CDHC						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CDHC						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104N 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	07	*Año*	2011	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año*	2011	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2010	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	08	*Mes*	07	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	08	*Año*	2009	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	05	*Año*	2009	*Día*	23	*Mes*	08	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ALTURAS SEGURIDAD Y SALUD					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AIA (ARQUITECTOS E INGENIEROS ASOCIADOS SA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2664400	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2008	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL RESIDENTE DE SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 35A 15B 35 pisos 3-4					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALMACENES EXITO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3396565	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2001	*Día*	19	*Mes*	07	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CAJERO-FACILITADOR DE SALUD OC	*DEPENDENCIA* SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 48N 32R 139 Envigado					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ELSERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	10	*Mes:*	01	*Año:*	2023	*Día:*	14	*Mes:*	12	*Año:*	2023
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* CALLE 104 69 120					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA L SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	26	*Mes:*	01	*Año:*	2022	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 - 69 120 BARRIO PEDREGAL					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3007432884	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	10	*Mes:*	02	*Año:*	2021	*Día:*	22	*Mes:*	12	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 - 69 120					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3007432884	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	02	Año:	2020	Día:	16	Mes:	12	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: DIAGONAL 104 - 69 120						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3007432884	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	02	Año:	2019	Día:	16	Mes:	12	Año:	2019
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: DIAGONAL 104 - 69 120						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	29	Mes:	01	Año:	2018	Día:	16	Mes:	12	Año:	2018
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	23	Mes:	01	Año:	2017	Día:	19	Mes:	12	Año:	2017
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3007432884	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	27	Mes:	01	Año:	2016	Día:	16	Mes:	12	Año:	2016
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: DIAGONAL 104 - 69 120						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO COOPERATIVO COMUNAL DE FUNZA CONVENIO SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3007432884	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	26	Mes:	01	Año:	2015	Día:	18	Mes:	12	Año:	2015
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN DIAGONAL 104 - 69 120						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	09	Año:	2014	Día:	12	Mes:	12	Año:	2014
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	13	Mes:	01	Año:	2014	Día:	30	Mes:	08	Año:	2014
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	21	Mes:	01	Año:	2013	Día:	13	Mes:	12	Año:	2013
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	18	Mes:	01	Año:	2013	Día:	13	Mes:	12	Año:	2013
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN DIAGONAL 104 - 69 120						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	13	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	21	3

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO _X_ 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 15 de Enero de 2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Medellin, enero 16 de 2024

MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

71779825

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2009	31 - DIC. 2019	31 - DIC. 2029

APELLIDOS Y NOMBRES

MISAS AGUIAR
JUAN CARLOS

UM BAPM4 ESP. MIL P.M.

PROFESION BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

71779825

TC. CARLOS M. ACOSTA A.

FIRMA 16-MAY-1999

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-01-14 11:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CARLOS	MISAS	AGUIAR

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	71779825

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	YARUMAL

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	$1.300.000,00
Honorarios	$40.690.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$41.990.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$30.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALBA	ESTELA	ZAPATA	HERRERA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 43794228

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14808018124

(415)7707212489984(8020) 000001480801812 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 7 7 9 8 2 5	1	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 1 7 7 9 8 2 5	1 9 9 7 0 5 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MISAS	AGUIAR	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

41. Dirección principal: CR 59 N 27 B 510 CON CAMINO DEL VIENTO AP 906

42. Correo electrónico: juancmisas2@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 4 5 9 8 5 9 9 2	3 0 0 7 4 3 2 8 8 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 4	2 0 0 9 0 5 0 1	8 2 9 9	2 0 0 9 0 5 0 1				2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 24 / 09 : 18: 41

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MISAS AGUIAR JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN CARLOS MISAS AGUIAR** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71779825** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71779825
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CARLOS MISAS AGUIAR
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	24/08/2000
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1192
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **13/01/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MISAS AGUIAR JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **71.779.825** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de agosto de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de enero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024011320521

Medellín enero 15 de 2023

Doctora
María Elicenia Quintero Cardona
Subdirectora (e)
Centro para el Desarrollo del Hábitat y la Construcción
Ciudad:

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimada Doctora:

El suscrito JUAN CARLOS MISAS AGUIAR con C.C. No. 71.779.825 expedida el Medellín, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.



JUAN CARLOS MISAS AGUIAR
71.779.825
300 7432884

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:01:19 horas del 13/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **71779825,** Apellidos y Nombres **MISAS AGUIAR JUAN CARLOS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 71779825 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 13/01/2024 09:10 PM

Código Verificación: **VK9G6HTE2M**

Válida hasta: **13/04/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que el señor JUAN CARLOS MISAS AGUIAR identificado con Cédula de Ciudadanía 71779825, se inscribió en nuestro servicio el día 10/11/2008.

El presente certificado se genera el día 15/01/2024, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

Aumentar el contraste

UTC -5 21:31:50
JUAN CARLOS MISAS...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualiza

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponib
Haga clic aquí para activarlo. Después de activación la disponibi del servicio podrá tard hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registro

Mensaje Tod

Sin mensajes…
Más información

Oportun Rec

Sin oportunidade
Más información

DR. JORGE NELSON MOLINA MARTÍNEZ
Habilitación: DHS507823
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Cra 48 # 46-89, Bello - Antioquia
Teléfono : 314 684 7053
jonemo38@yahoo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-01-15	BELLO (Antioquia)	Pre-Ingreso, Trabajo en Alturas, Cardiovascular, Dermatológico, Espacios Confinados, Sistema Fonatorio, Neurológico, Osteomuscular	**1014817**



Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
JUAN CARLOS MISAS AGUIAR	CC 71779825	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1979-03-17	44 años	B+	75 kilogramos	155 centimetros	31.22

Dirección Residencia	Teléfonos
	3007432884

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR TSA	Persona Natural	Persona Natural

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-01-15. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Espirometría Ocupacional (2024-01-15), Visiometría Ocupacional (2024-01-15), Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod (2024-01-15), Evaluación Psicológica Ocupacional (2024-01-15), Evaluación Osteomuscular Ocupacional (2024-01-15), Evaluación Ocupacional de la Voz (2024-01-15), Audiometría Tamiz (2024-01-15), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2024-01-15), Perfil Lipídico (2024-01-15)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo.
Trabajo en Alturas: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea
Cardiovascular: Riesgo Bajo
Dermatológico: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea
Trabajo en Espacios Confinados: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea
Sistema Fonatorio: Sin patología vocal aparente
Neurológico: Sin hallazgos clínicos de patología neurológica aparente.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Capacitar para trabajo en alturas. Renovar certificación anualmente..
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Dotar al trabajador con protección solar.
- Permitir hidratación permanente durante la jornada laboral.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- **Control Médico en** 12 meses..

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
Dr. Jorge Nelson Molina Martínez
Registro No.: 11404
LSST.: 2021060010903

Firma del Usuario
JUAN CARLOS MISAS AGUIAR
CC.: 71779825

Valide este documento en:
`https://simeonips.com/validar/cmo/yl1jrxd0-ne4q-ugy5-qyb5-7ap9qem36kg2`
Fecha Impresión: 2024-01-15 16:23:15 413665

DR. JORGE NELSON MOLINA MARTÍNEZ
Habilitación: DHS507823
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Cra 48 # 46-89, Bello - Antioquia
Teléfono : 314 684 7053
jonemo38@yahoo.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-01-15	BELLO (Antioquia)	Pre-Ingreso, Trabajo en Alturas, Cardiovascular, Dermatológico, Espacios Confinados, Sistema Fonatorio, Neurológico, Osteomuscular	**1014817**



Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
JUAN CARLOS MISAS AGUIAR	CC 71779825	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1979-03-17	44 años	B+	75 kilogramos	155 centimetros	31.22

EPS	ARL	AFP
Sura	Positiva	Protección

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR TSA	Persona Natural	Persona Natural

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2024-01-15, el médico especialista Dr. Jorge Nelson Molina Martínez generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Bajar de peso.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.
- Lavar las manos frecuentemente usando agua y jabón y frotando de 20 a 30 segundos.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.
- Control auditivo anual.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

Otras Recomendaciones: FONOAUDIOLOGÍA: PROTECCIÓN AUDITIVA PARA LABORAR EXPUESTO A NIVELES DE PRESIÓN SONORA SUPERIORES A 80 DB. CAPACITACIÓN SOBRE SALUD AUDITIVA. INCLUIR EN SISTEMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA. CONTROL AUDITIVO SEGÚN PROGRAMA DE CONSERVACIÓN AUDITIVA.

La empresa **Persona Natural** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

Persona Natural

Firma del Usuario

JUAN CARLOS MISAS AGUIAR
CC.: 71779825
Fecha de recibido: