

Valparaíso, 07 de Marzo de 2024

Doctor;  
**ARBENZ PÉREZ QUINTERO**  
Alcalde  
Municipio de Valparaíso

Asunto: Propuesta técnica y económica

Cordial saludo;

Respetado Dr. A. Pérez:

Agradezco su invitación y atendiendo lo anterior, me permito presentar propuesta técnica y económica en los siguientes términos:

**OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA PARA EL FORTALECIMIENTO A LA PROMOCION DE PLANES, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD PUBLICA ESTABLECIDAS EN EL COAI\_PAS 2024 DEL MUNICIPIO DE VALPARAISO CAQUETA, SEGÚN BANCO DE PROYECTOS RADICADO ID 808498 BPIN 2024188600011**

**Actividades**

| No. | ACTIVIDADES A REALIZAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Operativizar Comité PAI municipal, mediante reuniones periódicas donde se establezcan acciones y seguimiento a las coberturas de vacunación realizando planes de acción y/o contingencia, con estrategias de IEC y su respectiva divulgación, incluyendo el esquema permanente y covid19 que permitan llegar a cobertura útiles de vacunación, con su respectivo seguimiento y cumplimiento de acuerdo a los LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI – 2024. |
| 2   | Operativizar el Comité de Salud y de Sustancias Psicoactivas mediante reuniones trimestrales, incluye Plan de Acción, seguimiento y cumplimiento en la realización de actividades con reporte a la SSDC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3   | Operativización Comité Mecanismos Articulador, incluye seguimiento y realización de actividades del Plan de Acción, seguimiento y cumplimiento en la realización de actividades con reporte a la SSDC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4   | Operativización del Comité de Entornos Saludables reuniones trimestrales donde se realice plan de acción, seguimiento y cumplimiento en la realización de actividades con reporte a la SSDC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5   | Operativización del Comité DSR mediante reuniones trimestrales donde se realice plan de acción, seguimiento y cumplimiento en la realización de actividades con reporte a la SSDC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 6   | Seguimiento a las rutas integrales de salud en forma trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7   | Apoyar y realizar seguimiento al Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y demás acciones en el SVEMMBW.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | Realizar Plan de Acción de Política PPSS, que permita la participación comunitaria en salud (COPACO, VEEDURIAS) a través de la definición de las metas, líneas de acción, actividades y recursos financieros, el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de los ejes estratégicos de la Política de Participación Social en Salud, de acuerdo a lo indicado en la Resolución 2063 de 2017 y los lineamientos Nacionales/Departamentales y demás actividades dispuestas, donde se incluya realización de actividades, seguimiento, cargue a plataforma SISPRO, reporte a la SSDC. |
| 9  | Participar de las reuniones, capacitaciones, y asistencias técnicas convocadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de salud municipal relacionadas con el objeto contractual. (De acuerdo a demanda del municipio).                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10 | Apoyar a la coordinación de salud en responder y resarcir de forma oportuna al Municipio ante los Entes de control, SSDC; los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a la disposición del objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11 | Realizar acompañamiento al alcalde y/o funcionarios directivos en reuniones o visitas a entidades públicas o privadas, donde se requiera tratar temas con el sector salud de la entidad. (De acuerdo a demanda del municipio).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 12 | Las demás que surjan en el desarrollo del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El contrato resultante de la presente necesidad se ejecutará contados a partir de la suscripción del acta de inicio hasta 31 de diciembre de 2024.

**VALOR:** El valor estimado del contrato es por la suma de **TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$33.100.000,00) M/CTE**

**FORMA DE PAGO:** Los cuales se cancelará así: A). Un primer pago correspondiente por el mes de marzo 2024, hasta por la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL PESOS MCTE (\$3.310.000,00) moneda legal**, A prorrata de los días de servicio efectivamente prestados, hasta el 30 de marzo del 2024, a razón de **CIENTO DIEZ MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS (\$110.333,00)M/CTE** por cada día, a partir de la suscripción del acta de inicio, previa legalización y perfeccionamiento del contrato B). Nueve (09) pagos de mensualidades iguales, por los meses de abril a diciembre de 2024, cada una por la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL PESOS MCTE (\$3.310.000,00) moneda legal**.

Atentamente,

*Jeison Benavides*  
**JEISON DAVIDBENAVIDES ORTEGA**  
 CC 1.086.138.238 Sandoná  
 email: [jeisonb112@outlook.com](mailto:jeisonb112@outlook.com)

Anexo: Hoja de Vida en \_\_\_\_\_ folios





Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                          |                                                                    |                                                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Benavides                                                                                                             |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Ortega |                                                                    | NOMBRES<br>Jeison David                                                                |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1086138238 |  |                                          | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>                                    |  |                                          | NÚMERO 1086138238 D.M.                                             |                                                                                        |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                              |  |                                          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                       |                                                                                        |                  |
| FECHA<br>DÍA 11 MES 05 AÑO 1995                                                                                                          |  |                                          | CARRERA 22A 3A 36 CASA YAPURA SUR                                  |                                                                                        |                  |
| PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                                                         |  |                                          | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   |                                                                                        |                  |
| DEPTO<br>NARIÑO                                                                                                                          |  |                                          | DEPTO<br>CAQUETÁ                                                   |                                                                                        |                  |
| MUNICIPIO<br>SANDONÁ                                                                                                                     |  |                                          | MUNICIPIO<br>FLORENCIA                                             |                                                                                        |                  |
|                                                                                                                                          |  |                                          | TELÉFONO 3106355127                                                |                                                                                        |                  |
|                                                                                                                                          |  |                                          | EMAIL jeisonb112@outlook.com                                       |                                                                                        |                  |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |     |                 |     |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----|-----------------|-----|-------------------|--|
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b>                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |     |                 |     |                   |  |
| 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 |     | BÁSICA SECUNDARIA |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |     |                   |  |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES | 12              | AÑO | 2012              |  |
|                                                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |     |                 |     |                   |  |

|                                                                                                |                          |                                |                                          |                        |      |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------|------|----------------------------|
| <b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b>                                               |                          |                                |                                          |                        |      |                            |
| 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<br>SI NO              | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN<br>MES AÑO |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
| PREGRADO                                                                                       | 8                        | X                              | ENFERMERIA                               | 05                     | 2021 | 1086138238                 |

ESPECIFIQUE 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 VIGENTE                            |  |  |                               |              |     |              |     |                              |     |    |     |    |     |      |
|------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>I.P.S. SALUD VITAL DEL HUILA    |  |  |                               | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CAQUETÁ                              |  |  | MUNICIPIO<br>FLORENCIA        |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8666721                                 |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO              |     |    |     |    |     |      |
|                                                      |  |  | Día                           | 01           | Mes | 08           | Año | 2021                         | Día |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>2° ASISTENTE DE DIRECCION |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 9B 8 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                               |              |     |              |     |                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA MEDILASER               |  |  |                               | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                |  |  | MUNICIPIO<br>NEIVA            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8724100                                 |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO              |     |    |     |    |     |      |
|                                                      |  |  | Día                           | 21           | Mes | 06           | Año | 2016                         | Día | 12 | Mes | 05 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>URGENCIA - UCI |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 11 65 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                               |              |     |              |     |                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD                                    |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>NARIÑO                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANDONÁ          |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>0327288101                              |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO              |     |    |     |    |     |      |
|                                                      |  |  | Día                           | 01           | Mes | 03           | Año | 2014                         | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS      |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 N 3 39  |     |    |     |    |     |      |

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: |  | Año: |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |  |      |



# 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                | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 7                     | 6     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 2                     | 3     |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | 9                     | 9     |

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 INCOMPATIBILIDAD 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



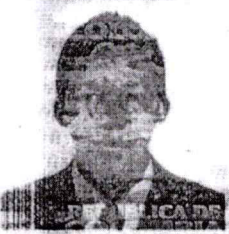
REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.086.138.238  
BENAVIDES ORTEGA

APellidos  
JEISON DAVID

NOMBRES  
Jeison Benaides

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1995

SANDONA  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

O+

M

ESTATURA

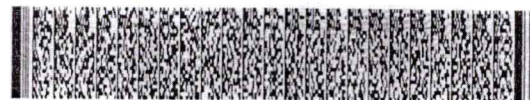
G.S. RH

SEXO

14-MAY-2013 SANDONA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL BANCHEZ TORRES



P-2311800-00446732-M-1086138238-20130703

0033871814A 1

27186949



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 viernes 09 de febrero de 2024, a las 14:25:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1086138238             |
| Código de Verificación | 1086138238240209142517 |

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

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 241509001**



PIB

16:03:23

Hoja 1 de 01

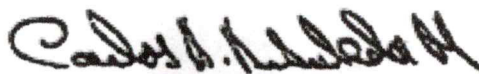
Bogotá DC, 15 de febrero del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1086138238:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



100900115 .OM





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:51:17 PM horas del 09/02/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1086138238**

Apellidos y Nombres: **BENAVIDES ORTEGA JEISON DAVID**

### **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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00  
pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: dijin.araic-  
atc@policia.gov.co



## 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 15:52:00 horas del 09/02/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1086138238**, Apellidos y Nombres **BENAVIDES ORTEGA JEISON DAVID**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE VALPARAISO**, con NIT **800050407-1** 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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/02/2024 02:48:35 p. m. para el **Nº de Expediente o Comparendo Nº. 1086138238**

### 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. **84733706** . 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 Busqueda Imprimir**Dios y  
Patria**

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14875267985



(415)7707212489984(8020) 000001487526798 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 6 1 3 8 2 3 8

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Florencia

2 8

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 6 1 3 8 2 3 8

27. Fecha expedición

2 0 1 3 0 5 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Nariño

5 2

30. Ciudad/Municipio

Sandóná

6 8 3

31. Primer apellido

BENAVIDES

32. Segundo apellido

ORTEGA

33. Primer nombre

JEISON

34. Otros nombres

DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Caquetá

1 8

40. Ciudad/Municipio

Florencia

0 0 1

41. Dirección principal

CR 22 A 3 A 36 BRR YAPURA SUR

42. Correo electrónico

jeisonb112@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 6 3 5 5 1 2 7

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 2 0 7

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## 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 | 2 | 0 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

20- Obtención NIT

## Obligados 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

2024 - 02 - 19 / 09 : 58 : 16

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BENAVIDES ORTEGA JEISON DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE







GOBIERNO  
DE COLOMBIA



La salud  
es de todos

Ministerio de  
Salud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA  
C.C. 1.086.138.238  
Fundacion Universitaria Navarra  
Neiva  
Fecha de Expedición Diploma: 02/07/2021  
Fecha de Inscripción en Rethus: 02/08/2021



44731

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la  
Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la  
Organización Colegial de Enfermería.  
[www.oceinfo.org.co](http://www.oceinfo.org.co)

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.



## TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

*Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:*

*"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"*

---

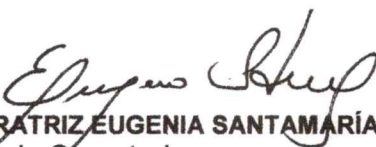
### **HACE CONSTAR QUE:**

El enfermero **JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.086.138.238 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día cinco (05) del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

  
**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**  
Abogada Secretaria



La República de Colombia  
y en su nombre, la

# Institución Educativa "Santo Tomás de Aquino"

Jornada Diurna  
Sandoná - Nariño

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura de Nariño,  
según Resolución No. 2534 del 30 de Septiembre de 2002,

Confiere a:

**Jeison David Benavides Ortega**

Identificando (a) con C.U. N° 950511-02003 de Sandona

El Título de

## Bachiller Académico

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



  
Espec. Julio Libardo Cabrera Arcos  
Rector

  
Luis Alfonso Mesías Ortiz  
Secretario

Anotado al folio No.

05

Libro de Registro No.

0144-1655





*Institución Educativa*  
*"Santo Tomás de Aquino"*

Plantel oficial aprobado por el Ministerio de Educación Nacional y reconocido por la Secretaría de Educación Departamental de Nariño en los Niveles de Educación: Preescolar, Educación Básica y Media, autorizada para otorgar los Títulos de Bachillerato Académico en las Jornadas Diurna y Nocturna, Según Resolución No. 2534 de Septiembre 30 de 2002 Niveles de Educación Básica y Media Formal para Adultos en la Jornada Nocturna, Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997 y la Ley 115 del 8 de Febrero de 1994.

*Acta de Grado*

**Nº 047**

(1 de diciembre de 2012)

En la ciudad de Sandomá, al primer (1er) día del mes de diciembre del año dos mil doce (2012) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los (as) estudiantes de último año, los suscritos Rector Especialista Julio Libardo Cabrera Arcos y el Secretario Señor Luis Alfonso Mesías Ortiz, en la rectoría de la Institución Educativa Santo Tomás de Aquino, de Sandomá, institución aprobada hasta el grado Once de Bachillerato del nivel de Educación Media, autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller, en la modalidad Académica según Resolución 2534 del 30 de septiembre de 2002, con el fin de formalizar la graduación del (la) estudiante:

*Jeison David Benavides Ortega*

*T.I. Nº 950511-02003 de Sandomá*

Quien cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, Jornada Diurna cumpliendo así los requisitos exigidos por los reglamentos de la Institución para optar el título de:

*Bachiller Académico*

*Promoción 44*

**REGISTRO DE DIPLOMA**

Libro 03 Folio 005 Acta Nº 047 Fecha: 01/12/2012

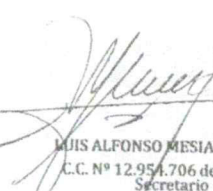
En constancia se firma en la Ciudad de Sandomá, la presente por quienes en ella intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7º del Decreto 180 de 1981, hoy primero (1º) de diciembre de 2012

**LA PRESENTE ACTA SE EXPIDE SIN TACHONES NI ENMENDADURAS Y ES SUSCEPTIBLE DE VERIFICACION**

Es copia del Acta original la cual se expide al ( 1º ) día del mes de diciembre de dos mil doce (2012).

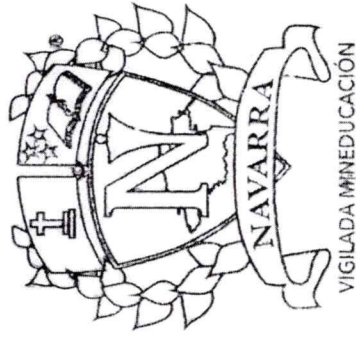
**FIRMADO Y SELLADO**

  
Espec. JULIO LIBARDO CABRERA ARCOS  
C.C. Nº 87.570.307 de Sandomá  
Rector

  
LUIS ALFONSO MESIAS ORTIZ  
C.C. Nº 12.954.706 de Pasto  
Secretario

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA - UNINAVARRA -

Institución Universitaria con reconocimiento de personería jurídica: Resolución N°. 10570 del 22 de noviembre de 2011



Considerando que:

*Jeison David Benavides Ortega*

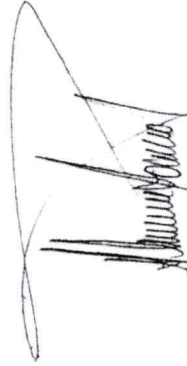
Con cédula de ciudadanía N° 1.086.138.238 de Sandoná

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Estatutos Internos de la Institución, le otorga el título de:

**Enfermero**

Julio 2 de 2021

  
Secretaría General

  
Rector

  
Decano de Facultad

Número de Registro: 89, Folio N° 5 del Libro de Diplomas N° 0001, Acta de Grado N° 044

Neiva, Huila



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA - UNINAVARRA -

### Acta de Grado No. 044

En la ciudad de Neiva, Departamento del Huila, el día 2 del mes de julio del año 2021, siendo las 4:00 p.m., la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA - UNINAVARRA -, con personería jurídica reconocida mediante la Resolución No. 10570 del 22 de noviembre de 2011 del Ministerio de Educación Nacional, en uso de sus atribuciones legales, llevó a cabo la ceremonia de graduación en la cual se le confirió el título de: ENFERMERO a Jeison David Benavides Ortega, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.086.138.238 de Sandoná (Nariño), título otorgado de conformidad con la normatividad vigente y de acuerdo a la autorización otorgada por el Ministerio de Educación Nacional en la Resolución 8072 del 30 de mayo de 2014, mediante la cual se concedió el Registro Calificado del programa de Pregrado, con código SNIES 103320

Se deja constancia que el graduando, cumplió con los requisitos exigidos en los Estatutos Internos de la Institución para optar por el título académico, como consta en el Acuerdo 088 del 11 de junio de 2021 emitido por el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Previo a la entrega del Diploma y Acta de Grado, se tomó por la Secretaria General el juramento de rigor.

El Diploma No. 0610 se consignó con Número de Registro 89, del Folio 5 del Libro de Diplomas 0001.

Sandra Liliana Navarro Parra  
Presidenta, Rectora

Rodrigo Armando Lara Sánchez  
Decano

Laura Liliana Castillo Ortiz  
Secretaria General



# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

OTORGA A:

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**  
C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

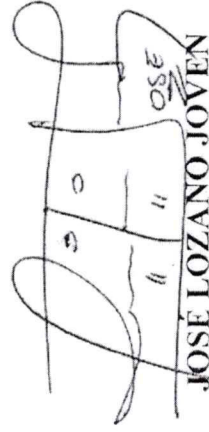
Asistió al curso de Actualización en:

## **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Con una duración de Cuarenta (40 horas).

Realizado en Florencia (Caquetá) desde el 01 al 04 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

  
**JOSÉ LOZANO JOVEN**  
Gerente

  
**MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS**  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico  
Celular: 3183367492-3227667201

[sst@ssty.com](mailto:sst@ssty.com)

<https://www.facebook.com/sstydac>

VENCE: 04 MAY. - 2025  
No. A.V.S. 0238-01-05-21



# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

**OTORGA A:**

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

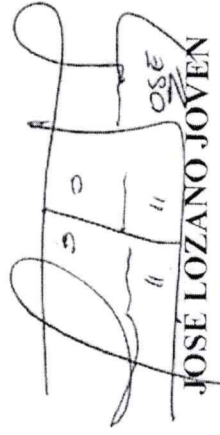
Asistió al curso en:

**TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO**

**Con una duración de Veinte (20 horas).**

Realizado en Florencia (Caquetá) el 08 al 09 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

  
**JOSÉ LOZANO JOVEN**  
Gerente

  
**MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS**  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico

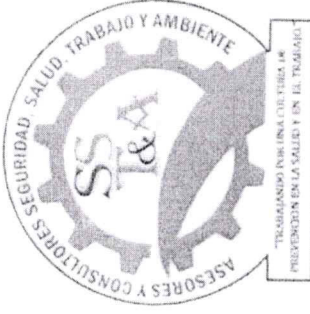
Celular: 3183367492-3227667201

[sst&a@ gmail.com](mailto:sst&a@ gmail.com)

<https://www.facebook.com/sst&aac>

VENCE: 09 MAY. - 2025

Nº. I.M.L. 0167-08-05-21





# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

OTORGA A:

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

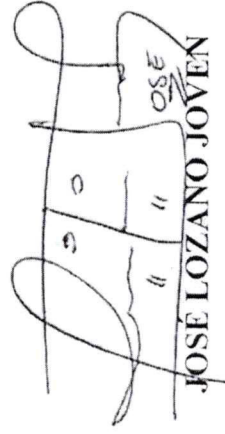
Asistió al curso en:

**MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

Con una duración de Veinte (20 horas).

Realizado en Florencia (Caquetá) el 21 y 22 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

  
**JOSÉ LOZANO JOVEN**  
Gerente

  
**MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS**  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico  
Celular: 3183367492-3227667201

[SST&A@2000.com](mailto:SST&A@2000.com)  
<https://www.facebook.com/sst&a.ec>

VENCE: 22 MAY. - 2025

Nº. M.D.C.P. 0003-00-05-21





# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

OTORGA A:

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

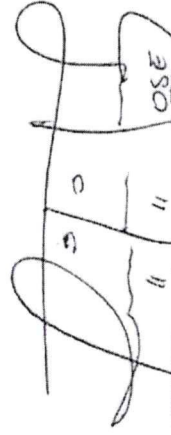
Asistió al curso en:

**TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA**

Con una duración de Veinte (20 horas).

Realizado en Florencia (Caquetá) el 19 y 20 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

  
JOSE LOZANO JOVEN  
Gerente

  
MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico

Celular: 3183367492-3227667201

[ssytaa@gmail.com](mailto:ssytaa@gmail.com)

<https://www.facebook.com/ssytaa>

VENCE: 20 MAY. - 2025

Nº. T.S. 0008-01-05-21



# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

OTORGA A:

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

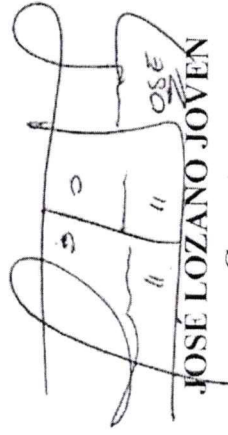
Asistió al curso en:

## PRÁCTICAS SEGURAS Y PARTICIPANTE COMUNITARIO EN COVID 19

Con una duración de Diez (10 horas).

Realizado en Florencia (Caquetá) el 27 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

  
**JOSÉ LOZANO JOVEN**  
Gerente

  
**MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS**  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico

Celular: 3183367492-3227667201

[ssvaac@ gmail.com](mailto:ssvaac@ gmail.com)

<https://www.facebook.com/ssvaac>

VENCE: 27 MAY. - 2025

No. C.V.-O. - 00009-(00)-05-21





# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6



OTORGA A:

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

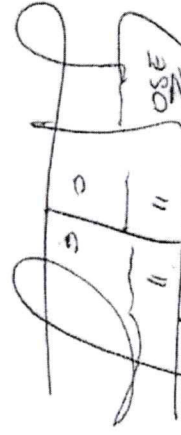
Asistió al curso en:

### TRATENCION A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Con una duración de Veinte (20 horas).

Realizado en Florencia (Caquetá) el 19 y 20 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capitulo V del decreto 4904 de 2009.

  
JOSE LOZANO JOVEN  
Gerente

  
MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico

Celular: 3183367492-3227667201



# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

OTORGA A:

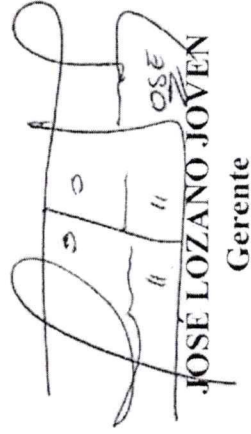
**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**  
C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

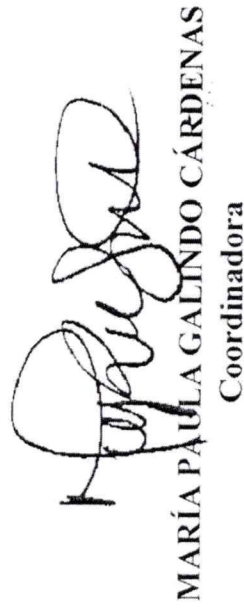
Asistió al curso en:

### **ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTION DEL DUELO**

**Con una duración de Veinte (20 horas).**

Realizado en Florencia (Caquetá) el 19 y 20 de Mayo de 2023  
La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

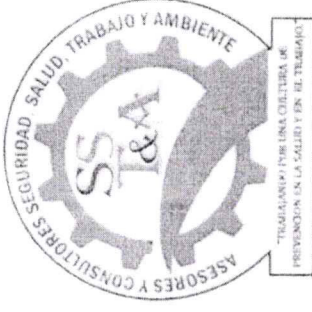
  
**JOSÉ LOZANO JOVEN**  
Gerente

  
**MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS**  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico  
Celular: 3183367492-3227667201  
[sst&a@gmail.com](mailto:sst&a@gmail.com)  
<http://www.facebook.com/sst&aac>

VENCE: 20 MAY. - 2025  
No. T.S. 0008-01-05-21



# ASESORES Y CONSULTORES

## SST&A

NIT: 00000017653094-6

OTORGA A:

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C. 1.086.138.238 de Sandona (Nariño)

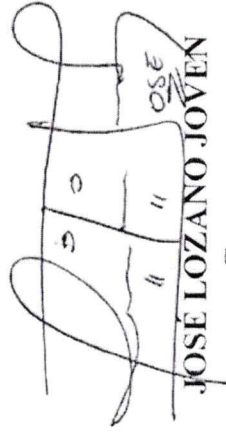
Asistió al curso en:

**SOPORTE VITAL AVANZADO (A.C.L.S.)**

Con una duración de Cuarenta y Ocho (48 horas).

Realizado en Florencia (Caquetá) desde el 14 al 17 de Mayo de 2023

La presente constancia se expide amparada en la ley 115/1994 y el capítulo V del decreto 4904 de 2009.

  
**JOSÉ LOZANO JOVEN**  
Gerente

  
**MARÍA PAULA GALINDO CÁRDENAS**  
Coordinadora

"TRABAJANDO POR UNA CULTURA DE PREVENCIÓN EN LA SALUD Y EN EL TRABAJO"

Carrera 12 #7-61 Barrio Altico

Celular: 3183367492-3227667201

[sst@aac.org.co](mailto:sst@aac.org.co)

<https://www.facebook.com/sst.aac>

VENCE: 17 MAY. - 2025

Nº. S.V.A. 0050-05-00-21





**Certificado de Aptitud Laboral****Ingreso**

Fecha: 19/02/2024, Hora: 10:23 a.m.  
Apellido: Benavides Ortega      Nombre: Jeison David      Edad: 28  
Tipo Doc: CC      No.: 1086138238      Sexo: Masculino  
Empresa: Alcandia de Valparaiso      Fecha de nacimiento: 11/05/1995  
Cargo: Enfermera Asistencial  
Dirección: Cra. 13ª # 8-24  
Celular: 3214532258  
Estado civil: Soltero  
Peso: 38 kg.    Estatura: 156 cm    IMC: 28.7    Escolaridad: Profesional    Jornada Laboral: Mixta  
EPS: Nueva EPS .    ARL: Positiva.    AFP: Colfondos

**Exámenes Realizados**

Examen Médico Ocupacional Básico, Osteomuscular.

**Recomendaciones Específicas**

Estilos de vida saludable, pausas activas, ejercicio de estiramiento.

**Concepto**

Apto sin restricciones

**Recomendaciones Personalizadas**

Debe realizar estiramiento e higiene postural en su lugar de trabajo al iniciar y terminar su labor. Elemental programa de pausas activas en su lugar de trabajo.

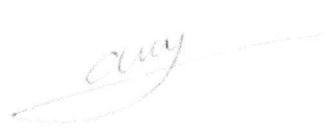
**Observaciones**

Se recomienda realizar profesión grama según su labor y riesgo teniendo en cuenta el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo de su empresa.

**Visiometría**

Agudeza visual 20/20 – no utiliza gafas

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del Ministerio de Protección Social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su actitud laboral.

  
**AURA JIMENA AGUIRRE CUBILLOS**

Medico Esp. en Salud Ocupacional

Reg. Medico: 1020769061

Resolución: SST 0148 -2022



**TALENTO HUMANO  
DE SALUD VITAL DEL HUILA S.A.S.**

**HACE CONSTAR**

Que en los registros de Talento Humano de SALUD VITAL DEL HUILA IPS S.A.S.  
se encuentra registrada la siguiente información:

APELLIDOS Y NOMBRES: JEISON BENAVIDES ORTEGA

CEDULA DE CIUDADANIA:1086138238

INICIO DE CONTRATO:01/08/2022

TERMINACIÓN DE SERVICIO: VIGENTE

OBJETO DEL CONTRATO: ENFERMERO

CLASE DE VINCULACION: CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO

SALARIO: \$4.300.000

La presente se expide a solicitud del interesado a los diez días (10) días del mes de  
diciembre del 2023.

Atentamente,

*Monica Lorena Ramirez Sanchez*

**MONICA LORENA RAMIREZ SANCHEZ**  
Jefe de Talento Humano  
SALUD VITAL IPS

**SALUD VITAL DEL HUILA S.A.S.  
HACE CONSTAR**

Que en los registros de Talento Humano de SALUD VITAL DEL HUILA IPS S.A.S. se encuentra registrada la siguiente información:

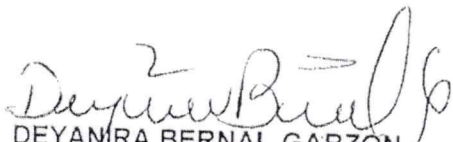
APELLIDOS Y NOMBRES: JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA  
CEDULA DE CIUDADANIA: 1.086.138.238 DE SANDONA  
OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL ADMINISTRATIVO  
CLASE DE VINCULACION: PRESTACION DE SERVICIOS  
HONORARIOS PROMEDIO: \$ 4.300.000

**CONTRATOS DE OPS CERTIFICADOS**

| TIPO DE CONTRATO | Nº DE CONTRATO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | ESTADO    |
|------------------|----------------|---------------|-------------|-----------|
| OPS              | 274            | 12/08/2021    | 31/12/2021  | TERMINADO |
| OPS              | 933            | 1/01/2022     | 31/03/2022  | TERMINADO |
| OPS              | 335            | 1/04/2022     | 30/09/2022  | TERMINADO |
| OPS              | 1048           | 1/10/2022     | 30/09/2022  | TERMINADO |

La presente se expide a solicitud del interesado(a) al primer (01) día del mes de febrero de 2023, con destino al interesado. Confirmación de referencia 3182858843 o al correo analista.talentohumano@saludvitalips.com.co

Atentamente,

  
DEYANIRA BERNAL GARZON  
Gerente

Revisado: Alba González  
Elaboro: María Fernanda Rivera



## Certificado de Aptitud Laboral

### Ingreso

Fecha: 07/12/2023, Hora: 4:23 p.m.  
Apellido: Benavides Ortega      Nombre: Jeison David      Edad: 28  
Tipo Doc: CC      No.: 1086138238      Sexo: Masculino  
Empresa: Hospital Maria Inmaculada      Fecha de nacimiento: 11/05/1995  
Cargo: Enfermera Asistencial  
Dirección: Cra. 13ª # 8-24  
Celular: 3214532258  
Estado civil: Soltero  
Peso: 38 kg.      Estatura: 156 cm      IMC: 28.7      Escolaridad: Profesional      Jornada Laboral: Mixta  
EPS: Nueva EPS.      ARL: Positiva.      AFP: Colfondos

#### Exámenes Realizados

Examen Médico Ocupacional Básico, Osteomuscular.

#### Recomendaciones Específicas

Estilos de vida saludable, pausas activas, ejercicio de estiramiento.

#### Concepto

Apto sin restricciones

#### Recomendaciones Personalizadas

Debe realizar estiramiento e higiene postural en su lugar de trabajo al iniciar y terminar su labor. Elemental programa de pausas activas en su lugar de trabajo.

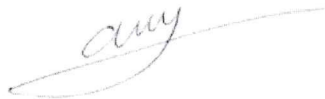
#### Observaciones

Se recomienda realizar profesión grama según su labor y riesgo teniendo en cuenta el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo de su empresa.

#### Visiometría

Agudeza visual 20/20 – no utiliza gafas

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del Ministerio de Protección Social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su actitud laboral.



**AURA JIMENA AGUIRRE CUBILLOS**

Medico Esp. en Salud Ocupacional

Reg. Medico: 1020769061

Resolución: SST 0148 -2022

# NUEVA EPS S.A

## Certifica...

65 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

|                                             |            |                  |        |
|---------------------------------------------|------------|------------------|--------|
| <b>Datos Cotizante Cabeza de Familia...</b> |            |                  |        |
| CC 1086138238 JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA |            |                  |        |
| Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A             |            | Mas de 26        |        |
| Fecha Afiliación                            | 01/07/2018 | Estado Cotizante | ACTIVO |
| Fecha Ultimo Periodo Cotizado.              | 01/02/2024 | Causal           |        |
| Fecha Cancelación.                          | 00/00/0000 |                  |        |

### Beneficiarios

| Identificación | Tipo Afiliado | Parent. | Beneficiarios        | Fecha Afiliación | No. Semanas | Estado | Causal |
|----------------|---------------|---------|----------------------|------------------|-------------|--------|--------|
| CC 59177070    | BENEFICIARIO  | Padres  | SANDRA MILENA ORTEGA | 01/07/2019       | 4           | ACTIVO |        |

La presente certificación se expide el día 9 de Febrero de 2024 a solicitud del interesado.

### Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

CAROLINA PERDOMO BETANCOUR  
COORDINADORA DE OFICINA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

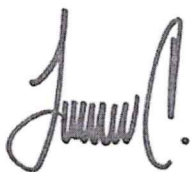
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA identificado(a) con C.C No. 1.086.138.238, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de diciembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García  
Gerente Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



# Referencia Bancaria

Miércoles, 13 de diciembre de 2023

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA identificado(a) con CC 1.086.138.238, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

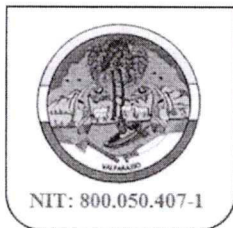
| Nombre Producto   | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 46661002484  | 2023/12/13     | ACTIVA |

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

\* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

*le estamos poniendo el alma*

**Bancolombia** 

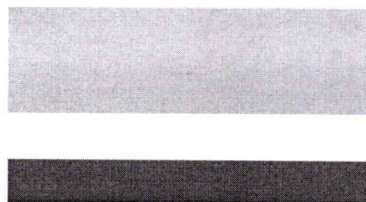


Valparaíso, 12- febrero -2024

## COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, **Jeison David Benavides Ortega**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, en adelante y como oferente dentro del proceso contractual con la Alcaldía de Valparaíso, manifiesto que me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con la futura contratación; suministrando a la Alcaldía de Valparaíso, toda información sobre actos de corrupción, sobornos, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento; con el fin de fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad para lo cual y con la suscripción del presente se asume los siguientes compromisos:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de la Alcaldía de Valparaíso, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos, miembro, trabajador o subcontratista asesores de la Alcaldía de Valparaíso, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. No permito que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independientemente incurra en la conducta indicada en el numeral anterior.
5. Me comprometo a impartir las instrucciones a todos los empleados, subcontratistas, agentes y a cuál es quiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia y especialmente de aquellos que rigen el presente proceso.
6. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación de la convocatoria.
7. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
8. Manifiesto que la actividad, profesión u oficio de Jeison David Benavides Ortega, es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
9. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
10. La información suministrada en los requisitos de la convocatoria realizada dentro del proceso de contratación y en este documento es veraz y verificable y que Jeison David Benavides Ortega, se compromete a actualizarse cuando así se requiera.



11. Me comprometo a que los recursos que se deriven de la ejecución del posible contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas o a la realización de actividades ilícitas.
12. Igualmente me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y términos previstos en el pliego de condiciones y en la futura contratación.

En constancia de lo anterior firmo este documento el 12 de febrero de 2024.

Para todos los efectos, informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con este proceso contractual la recibo en: jeisonb112@outlook.com

Cordialmente,

*Jeison Benaides*

**JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA**

C.C.: 1086138238 de Sandoná

Dirección: calle 8 – 9-10

Teléfono: 3106355127

Email: jeisonb112@outlook.com





Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**Jeison David Benavides Ortega**

C.C 1.086.138.238

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 19 de febrero 2024

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761943206000

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 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) HILSON DAVID BENAVIDES ORTIGA identificado(a) con CC 1086138238 registra la siguiente información:

2024-02-09 3:38:33 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación             | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora                        |
|---------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| UNV           | Local                   | ENFERMERIA                        | 2021-08-02                               | 1086138238          | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA        |
| TCP           | Local                   | Técnica profesional en enfermería | 2014-02-18                               | 476                 | INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO |

Datos SSO

| Tipo Prestación   | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación   | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora                 |
|-------------------|-----------------------|--------------------|--------------|------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Exonerado del SSO | Local                 | COLOMBIA NO APLICA | 1900-01-01   | 1900-01-01 | Sin Modalidad        | Enfermería          | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

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).





El servicio público  
es de todos

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)

|                                      |                       |                        |                         |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>Nombres y apellidos completos</b> |                       |                        |                         |
| <b>Primer nombre</b>                 | <b>Segundo nombre</b> | <b>Primer apellido</b> | <b>Segundo apellido</b> |
| Jeison                               | David                 | Benavides              | Ortega                  |

|                                                                                                                                    |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Documento de identificación</b>                                                                                                 |                   |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> | Número 1086138238 |

|                            |                     |                   |  |
|----------------------------|---------------------|-------------------|--|
| <b>Lugar de Nacimiento</b> |                     |                   |  |
| País Colombia              | Departamento Nariño | Municipio Sandona |  |

|                           |                      |                     |  |
|---------------------------|----------------------|---------------------|--|
| <b>Lugar de domicilio</b> |                      |                     |  |
| País Colombia             | Departamento Caqueta | Municipio Florencia |  |

**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.**

Alcaldía de Valparaiso

**Cargo o función que cumple**

Profesional de apoyo

|                                              |                      |                      |  |
|----------------------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| <b>Lugar de sede</b>                         |                      |                      |  |
| País Colombia                                | Departamento Caqueta | Municipio Valparaiso |  |
| Dirección Calle 11 No. 3-50 Barrio el Centro |                      |                      |  |

**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**

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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 ACRENCIAS**

**a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:**

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | 4,500,000        |
| Cesantías e intereses de cesantías  | -                |
| Gastos de representación            | -                |
| Arriendos                           | 500,000          |
| Honorarios                          | 3,500,000        |
| Otros ingresos y rentas             | -                |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>8,500,000</b> |





## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

#### INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI ☐ NO ☒

| NOMBRE COMPLETO<br>(nombres y apellidos) | TIPO DE SOCIEDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|------------------------------------------|------------------|------------------------|
|                                          |                  |                        |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

#### PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

| PARENTESCO | NOMBRE COMPLETO<br>(nombres y apellidos) |                |                 |                  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|------------|------------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|
|            | Primer nombre                            | Segundo Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |                        |
| Madre      | Sandra                                   | Milena         | Ortega          |                  | 59,177,070             |
| Hermano(a) | Erik                                     | Alexander      | Zambrano        | Ortega           | 1,004,540,045          |
|            |                                          |                |                 |                  |                        |
|            |                                          |                |                 |                  |                        |
|            |                                          |                |                 |                  |                        |

### 2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

| GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|------------------------------------------------------------|--------------------|------|
|                                                            |                    |      |
|                                                            |                    |      |
|                                                            |                    |      |
|                                                            |                    |      |

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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 |
|---------------------------------------------|---------|-------|------|
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

| TIPO DE INVERSIÓN | VALOR | PAÍS |
|-------------------|-------|------|
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

| NOMBRE | VALOR DE LA DONACIÓN |
|--------|----------------------|
|        |                      |
|        |                      |
|        |                      |
|        |                      |
|        |                      |

## 2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:

- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

| DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES |
|--------------------------------------------------|
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |
|                                                  |



## Datos del usuario guardados

Editar

## Información del usuario

Género Hombre  
Cargo Enfermeo  
Título Sr.  
Nombre JEISON DAVID  
Apellidos BENAVIDES ORTEGA  
Fecha de nacimiento 11/05/1995 (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)  
Nombre y apellido JEISON DAVID BENAVIDES ORTEGA  
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía  
Número de documento 1086138238  
Dirección Florencia  
Código postal 18001  
Estrato 2  
Ubicación Florencia  
País COLOMBIA  
Correo electrónico jeisonb112@outlook.com  
Teléfono 3106355127  
Celular 3106355127  
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)



## Configuración

Zona horaria (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)  
Idioma Español (Colombia)  
Configuración regional Spanish (Colombia)

## Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuáles su número de teléfono?  
Respuesta 3106355127  
SMS para recuperar la contraseña 3106355127

Editar