EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	01
		VIGENCIA	01/02/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO: AUXILIAR ENFERMERIA.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	OBSERVACIÓN
	GESTION DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses				
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
10	RUT Actualizado				
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				Corregir
12	Certificado actual de afiliación EPS				
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II				
16	Formato de oferta de prestación de servicios				
17	Formato de indemnidad				
18	Formato de ARL				
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)				
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
21	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
22	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Tarjeta profesional				
33	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
34	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
35	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
36	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
37	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
38	Manejo del duelo (Asistenciales)				
39	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
44	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
47	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				

Orden Domina de acuerdo al este formato

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/02/2023

53	Certificado de formación en toma de citología					
54	Soporte vital avanzado					
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
55	Soporte v tal avanzado					
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia					
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia					
58	Registro único nacional de tránsito RUNT					
59	Licencia de conducción					
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito					
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.					
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA	✓				
62	Soporte vital básico	✓				
63	Primeros Auxilios					
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)	✓				
	INGENIERO BIOMEDICO					
65	Certificado del registro INVIMA					
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
66	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguinea					
67	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.					
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometria y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)		✓			
	SERVICIO DE ALIMENTACION					
70	Certificación de manipulación de alimentos					
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.					
	MANTENIMIENTO					
72	Certificado curso de alturas					
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.					
	EXPERIENCIA LABORAL					
74	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado	✓				
Nombre y firma de quien venfica la documentación:						

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 03 de Julio de 2024

Doctora.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Juan David Villarraga Mendez
Cargo : Auxiliar de enfermería.

Respetad Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Juan David Villarraga Mendez.

Nombre del Contratista : Juan David Villarraga Mendez
CC: 1072193097
Dirección: Cra. 3 A Esté N° 6-04 Vereda Chacua Sibaté.
Email: villarraga31davido8@gmail.com
Teléfono/ Celular: 320 822 2530.

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE: JUAN DAVID

APELLIDOS: VILLARRAGA MENDEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1072193091 De Sibaté Cundinamarca

FECHA DE NACIMIENTO: 30 de Agosto de 1992 En Sibaté Cundinamarca

ESTADO CIVIL: Soltero

DIRECCION: Calle 4 Este Número 2-18 Vereda Chacua Municipio De Sibaté Cundinamarca

NUMERO DE WHATSSAP: 320 822 2530 / 323 799 8215

TELEFONO: 320 357 2752 Número de la mamá

CORREO ELECTRÓNICO:villarraga31david08@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Persona con altísima vocación de servicio y aptitudes para el trabajo en equipo y toma de decisiones, ágil en el desempeño de las labores, con facilidad de aprender, colaborador, respetuoso amable y con sentido de compromiso y responsabilidad, direccionado al cumplimiento de logros, encaminados al desarrollo y mejoramiento de las organizaciones.

Juan David Villarraga Méndez
C.C. 1072193091

EXPERCIENCIA LABORAL

Empresa: Diebold Nixdorf Bogotá

Cargo: Técnico en sistemas del Sena

Área: Sistemas é informática

Periodo de inicio: 16/10/2018

Periodo de culminación: 15/04/2019

Tiempo servido: 6 meses

Jefe inmediato: Edgar Fernando chaves Quintero

Tel:(1) 518 5026

Empresa: Centro Especial Femenino José Joaquín Vargas
Kilometro 25 vía Sibaté - Cundinamarca

Cargo: Auxiliar De Enfermería
Experiencia con pacientes internas psiquiátricas

Área: Enfermería en cuidado de pacientes psiquiátricas

Periodo de inicio: 16/10/2019

Periodo de culminación: 01/01/2021

Tiempo Servido: 18 Meses
Jefe Inmediato: Edison Duque
Celular: 314 218 4940

Empresa: Centro especial masculino la colonia de sibaté Cundinamarca

Cargo: Auxiliar De Enfermería

Área: Enfermería en cuidado de pacientes psiquiátricos

Juan David Villarraga Méndez
C.C. 1072193091

Periodo de inicio: 15/03/2021

Periodo de culminación: 01/06/2023

Tiempo servido: 2 Meses y 17 días

Jefe Inmediato: Dayan

Celular: 310 238 0365

Empresa: Goleman IPS.

Cargo: Auxiliar De Enfermería.

Área: Laboratorio y domiciliario.

Periodo de inicio: 22/05/2021

Periodo de Culminación: 21/07/2021

Tiempo servido: 3 meses.

Jefé Inmediato: Diana Melo.

Celular: 314 305 3009.

Empresa: Health Support.

Cargo: Auxiliar De Enfermería.

Área: Enfermero brigadista

Periodo de inicio: 05/08/2021

Periodo de culminación: 31/08/2021

Tiempo servido: 1 Mes.

Jefé Inmediato: Adriana Rivera.

Celular: 304 658 9138.

Empresa: Diviexport EU.

Juan David Villarraga Méndez
C.C. 1072193091

Cargo: Auxiliar De Mantenimiento Y De Oficina.

Área: Reparaciones y ayudante

Periodo de inicio: 16/11/2021

Periodo de culminación: 15/12/2021

Tiempo servido: 1 Mes.

Jefé Inmediato: Miriam Sofía Aucique Correa.

Celular: 313 735 7575.

Empresa: Sub Red Centro Oriente – Hospital la victoria

Cargo: Auxiliar de enfermería

Área: Hospitalario y brigadista

Periodo de inicio: 22/08/2023

Periodo de Finalización: 22/09/2023

Tiempo servido: 1 Mes.

Jefé Inmediato: Luz Marina Poveda

Celular: 312 504 2162

INFORMACION ACADEMICA

ESTUDIOS PRIMARIOS: Primaria - Escuela rural de chacua / diciembre del año 2008

ESTUDIOS SECUNDARIOS: Bachillerato - i.e.d general Santander de sibaté Cundinamarca / Diciembre del año 2013

Juan David Villarraga Méndez
C.C. 1072193091

CARRERAS TECNICAS: Técnico auxiliar en enfermería / escuela de salud Teresa de Calcuta de Soacha Cundinamarca / 21 de junio del año 2014

Técnico en sistemas / Sena de sibaté Cundinamarca certificado en el mes de mayo del año 2019 con una experiencia laboral de 1 año

REFERENCIAS FAMILIARES:

NOMBRE: Liliana García Méndez

CEDULA: 39.670.758 De Soacha Cundinamarca

OCUPACION: Ama de casa

TELEFONO: 313 419 0943

DIRECCION: Calle 8 N°5-144 Vereda Chacua / Sibate Cundinamarca

NOMBRE: Heliodoro García

CEDULA: 19.076.889 De Bogotá'

OCUPACION: Vendedor

DIRECCION: Calle 8 N°5-144 Vereda Chacua / Sibate Cundinamarca

TELEFONO: 310 813 599

REFERENCIAS PERSONALES:

Juan David Villarraga Méndez
C.C. 1072193091

NOMBRE: Leonardo Mendoza Lozano

CEDULA: 80123102 De Bogotá'

OCUPACION: Mesero

DIRECCION: Transversal 7.N°2-58 Barrio pablo Neruda / Sibate Cundinamarca

TELEFONO: 310 248 7922

NOMBRE: Adriana gamba maya

CEDULA: 52.376.762 De Bogota'

OCUPACION: Concejal De Sibate Cundinamarca

DIRECCION: Transversal 7.N°5-31 Barrio pablo Neruda / Sibate Cundinamarca

TELEFONO: 318 635 7444

Juan David Villarraga Méndez
C.C. 1072193091

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.193.091**

VILLARRAGA MENDEZ

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David Villarra..

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1992**

SIBATE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-DIC-2010 SIBATE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1523900-00282077-M-1072193091-20110223 **0025**900534A 1 36066861

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1072193091, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	DAVID
Primer Apellido:	VILLARRAGA
Segundo Apellido:	MENDEZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1072193091
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de Julio de 2024, a las 1:23:59 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 249559348

PIB
18:30:49

Bogotá DC, 26 de junio 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) JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1072193091.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 26 de junio de 2024, a las 18:16:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1072193091
Código de Verificación	1072193091240626181605

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

Generó: WEB

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:18:44 PM horas del 26/06/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1072193091**

Apellidos y Nombres: **VILLARRAGA MENDEZ JUAN 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141053551978

(415)7707212489984(8020) 000014105355197 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 2 1 9 3 0 9 1	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	1 0 7 2 1 9 3 0 9 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILLARRAGA	MENDEZ	JUAN	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

41. Dirección principal: CR 3 A ESTE 6 04 VDA CHACUA

42. Correo electrónico: villarraga31david08@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 2 2 2 5 3 0	

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 6 9 9	2 0 1 4 0 7 0 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	4	9																								

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 2024 - 07 - 03 / 15 : 28: 26

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 VILLARRAGA MENDEZ JUAN DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2024-08-15	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	N/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VILLARRAGA	MENDEZ	JUAN	DAVID

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1072193091	SIBATE/CUNDINAMARCA/ COLOMBIA	2010-12-07
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1992-08-30	SIBATE/CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	0	0	3208222530

										PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONTRATISTA
					X					

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 3 A ESTE 6 04	SIBATE	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3208222530

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
villarraga31david08@gmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP	N/A	N/A	N/A
PASAPORTE		OTRO	CUAL: N/A		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI	IVA	SI	NO X		8699	
	NO X	ICA	SI	NO X		PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI / NO X		SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	NO X	Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	800006850-3
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	ANCIERA	NSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS				
OTRA	CUAL:										

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 NO. 9-92	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2024-07-02

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N7A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.300.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 3.000.000	OTROS PASIVOS*	$ 1.300.000
TOTAL INGRESOS	$ 1.300.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 3.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 1.300.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
SALARIOS	GASTOS SERVICIOS U OTROS	MUEBLES	DEUDAS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GAMBA	MAYA	ADRIANA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TRANSVERSAL 7 5 31	SIBATE/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGOS	3186357444

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA/NEQUI	NEQUI	3237998215	SOACHA	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACI ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

78

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ identificado(a) con CC. 1072193091 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/04/24**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA - SEDE SAN MARCOS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 31 días del mes de 07 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ identificado(a) con CC. 1072193091 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/04/24**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA - SEDE SAN MARCOS**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 03 días del mes de 07 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 806.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.072.193.091**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Villarraga	Mendez	Juan David

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1072193091	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 1072193091 D.M. 59

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 30 MES 08 AÑO 1992

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 3 ESTE 6 4

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SIBATÉ

TELÉFONO: 3208222530 EMAIL: villarraga31david08@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2013

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	ASOCIACION AJUDISP	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DEL DUELO	07	2024
VIRTUAL	EDEVAC	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL AVANZADO	07	2023
VIRTUAL	EDEVAC	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CODIGO BLANCO	07	2023
VIRTUAL	EDEVAC	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION A VICTIMAS POR VIOLENCIA SEXUAL	07	2023
VIRTUAL	EDEVAC	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO BLS	07	2023
PRESENCIAL	ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2014
VIRTUAL	EDEVAC	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION PRE HOSPITALARIA A.P.H	07	2013

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HEALT SUPPRT A.R			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	05	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CARRERA 54 37A 39					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: GOLEMAN			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	22	Mes	05	Año	2021	Día	21	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CARRERA 35 BIS 58 69					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: UTBV			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	03	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERME						DIRECCIÓN: CALLE 23 34 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ROSA MARIA PERDOMO			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2016	Día	31	Mes	01	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN: CALLE 7 6 5					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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					

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	3	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	0

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 Soacha Cundinamarca 05 de Julio del año 2024

Juan David Villamayor Mendez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Juan David Villarraga Mendez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1072193091 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SIBATÉ

DIRECCIÓN: CARRERA 3A ESTE 6 4 TELÉFONO: 3208222530

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$6.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$6.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
NEQUI	CUENTA DE AHORROS	3237998215	SOACHA	100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Juan David Villamizar Mendez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 05/07/2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 03 de Julio de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Juan David Villamaga Mendez, identificado(a) con cedula No. 1072193091 de Sibaté, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de enfermería., manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Juan David Villamaga Mendez

C.C. 1072193091

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 03 **de** 07 **de** 2024

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Juan David Villarraga Mendez, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1077193097 de Sibaté, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Juan David Villarraga Mendez
C.C. No. 1077193097 de Sibaté

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ

N° Documento: 1072193091

Fecha de Nacimiento: 3 0 / 0 8 / 1 9 9 2

Dirección: CARRERA 3ª # 6-04 VEREDA CHACUA

Teléfono. Fijo – Celular 3208222530

E-mail: villarraga31david08@gmail.com

EPS: famisanar

AFP: Porvenir

Firma Contratista: Juan David Villarraga Mendez

.....

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	1072193091
Nombre:	JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ
Fecha Inicio contrato:	16/08/2024
Fecha Fin contrato:	16/11/2024
Fecha Inicio cobertura:	17/08/2024
Número contrato:	12675
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 13
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	16/08/2024 05:11:50 p. m.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 03/07/2024

Señores:

Escuela de Salud Teresa de Calcuta.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Juan David Villarraga Mendez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Juan David Villarraga Mendez
N° Documento: 1072193097
Tarjeta Profesional N° _____
Dirección de contacto Cra. 3 A Este N° 6-04 Chacua Sibaté.
Teléfono: 320 822 2530.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Yo, Juan David Villamaga Mendez, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1072193091, expedida en Sibaté, en mi condición de funcionario de la ESE Región de Salud Soacha, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la ESE Región de Salud Soacha y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el servidor público, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la ESE Región de Salud Soacha. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del servidor Público. Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión de la ejecución de mis funciones y a no divulgar a terceras personas sin autorización del jefe y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizaré la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la ESE Región de Salud Soacha. **Parágrafo Primero.** Como empleado responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 03/07 de 2024.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Juan David Villarraga Mendez con C.C. 1072193097 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Juan David Villarraga Mendez
C.C. 1072193097

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02 AGO 2021	MODERNA	056D21A	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SOACHA	Juanita Moya F. AUX. DE ENFERMERIA C.C. 1.233.910.075	
	2	29 OCT 2021	MODERNA	980479	E.S.E HOSPITAL Mario Gaitan Yanguas AREA DE VACUNACION COVID SIBATE	Leidy Vanesa Villalobos CC. 1073131914	
		02 ABR 2022	PFIZER	PCA0056	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SIBATE	Leidy Vanesa Villalobos 1073131914	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jugn. David

Apellidos: Villarroga-Mendez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No 1.072.193.091

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 08 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	21-03-2012. 012M016. Sabl.		
Fiebre Amarilla	Única	2-04/2013 5412. Ref/ol.		
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	21/12/2030 ayp1000 Sabl.		
	2	16 DIC 2020 R3m31 Ref Vej.		
	3	16 ENE 2021 TOODER Ref Vej		
	4			
	5			
[illegible] acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	18-05/2013 035L2001 Tatiana		
	2	28/06/2018 AHABU20153 Yulch		
	3	27-07/2019 AHBU190m Yulch		
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	16 DIC 2020 UJ300AA Ref V.		
Otras		Ref HB 15/02/2020-UFY19002 Ref Vch		

COLSUBSIDIO
VACUNACIÓN
Centro Médico

Grupo Ópticas

23/07/2024

ASISTE A CERTIFICADO VISUAL PACIENTE JUAN DAVID VILLARRAGA IDENTIFICADO CON C.C 1072193091 ASISTE A CONTROL VISUAL PARA OBTENER CERTIFICADO VISUAL.

A LOS HALLAZGOS SE ENCUENTRA:

IDX: ASTIGMATISMO Y MIOPIA

- MOTILIDAD OCULAR SANA
- NO TRAE RX OPTICA A CONSULTA
- FONDO DE OJO SANO
- REQUIERE RX OPTICA DE USO PERMANENTE
- CONTROL 6 MESES

Dra. Valentina Hernández R.
OPTÓMETRA
T. P. 1192804576

DRA VALENTINA HERNANDEZ ROMERO

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA

NIT. 900171517 - 3

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUDCP 110011775101/02

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS

IMPORTANTE: no confié su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.	NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 11/08/2023	INGRESO [X]	EGRESO [ ]	PERIODICO [ ]	TRAB. EN ALTURAS [ ]	ESPAC. CONFINADOS [ ]	MAN. ALIMENTOS [ ]

NOMBRE	JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ	IDENTIFICACION	1.072.193.091

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO [X]	AUDIOMETRÍA [ ]	VISIOMETRIA [ ]	ESPIROMETRÍA [ ]	LABORATORIO CLÍNICO [ ]	PRUEBA VESTIBULAR [ ]

INFORMACION ORGANIZACIÓN

EMPRESA	SUBRED CENTRO ORIENTE
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	[ ]
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO	[ ]	APLAZADO	[ ]
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO	[ ]	NO APTO	[ ]

RESULTADO EXAMENES	MEDICO.		
OBSERVACIONES	**EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: HOMBROS**: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales.		
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.APTO PARA EL CARGO .	OBSERVACION	NINGUNA.

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Título III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017), Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico MEDIANTE PAUSAS ACTIVAS- CHARLAS SOBRE HIGIENE POSTURAL-SILLAS AJUSTABLES (Ley 1355/09, GTC 45). CONTROL CON NUTRICIONISTA /CONTROL CON MEDICINA GENERAL POR SU EPS.

PABLO HERNANDEZ

FIRMA Y LSO PROFESIONAL 6902/ 19

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

Pablo Hernandez Mendez
Medico Cirujano
Esp. Higiene y Seguridad Ocupacional
Esp. Gestion Ambiental
LSO 6902/19 Mendez

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparece al final del certificado para corroborar si el trabador asistió a la hora de los exámenes médicos ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de (1) a seis (6) años. **(Artículo 289 del Código Penal Colombiano).**

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel. 239 7687 * 347 8768 302 545 4106
Barrio Olaya - www.centromedicoolaya.com.co - centromedicoolaya@gmail.com

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su Nombre la

Institución Educativa Departamental
General Santander

Sibaté - Cundinamarca
Jornada Nocturna

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca según
Resolución No. 003749 del 17 de Septiembre 2003

Confiere a:

Juan David Villarraga Méndez

C.C. 1.072.193.091

El Título de

Bachiller Académico

Por haber finalizado los ciclos lectivos especiales integrados de la Educación Media Académica de Adultos, "Artículo 15 Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997" según los planes y programas vigentes

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPTAL IED GS GENERAL SANTANDER

Lic. Sandra Edilia Córdoba Rojas
C.C.No. 52.113.945 de Bogotá
RECTORA

Yaneth Yamile Garzón Ramírez
C.C. No. 20.946.397 de Sibaté
SECRETARIA

Libro de Registro No 01 folio 24-580

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
"GENERAL SANTANDER"

SIBATE-CUNDINAMARCA
Jornada NOCTURNA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Carrera 7 No. 11-30
Dirección

7250742
Teléfono

125740000346
CODIGO DANE

*En la ciudad de Sibaté, a los **6** días del mes de **Diciembre de 2013**, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Ciclo VI, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la **Institución Educativa Departamental General Santander,** Jornada Nocturna de Educación Formal de Adultos*

*Institución aprobada hasta **Nueva Visita** en el nivel de Educación Media Vocacional, y autorizada por **LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA** para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 002204 del 20 de noviembre de 2011, Resolución No. 003749 del 17 de Septiembre de 2.003 por la cual se integra la Institución y Resolución No. 003973 del 22 de mayo de 2013.*

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Juan David Villarraga Mendez
C.C. 1072193091

*Es fiel copia tomada del Acta original No. **31**, de fecha **Diciembre (6) de 2013**, que consta de Veintisiete (27) alumnos graduandos, que comienza con el nombre de **Olga Liseth Avilan Henao** y termina con el nombre de **Carlos Alberto Zamudio Ortega.***

*Firmada y Sellada por **Lic. Sandra Edilia Córdoba Rojas** - Rectora y **Yaneth Yamile Garzón Ramírez** - Secretaria.*

*Dada en **Sibaté** (Cund), a los Seis (6) días del mes de Diciembre de 2013.*

Lic. SANDRA EDILIA CORDOBA ROJAS
Rectora
C.C. No. 52.113.945 de Bogotá

YANETH YAMILE GARZON RAMIREZ
Secretaria
C.C. 20.946.397 de Sibaté

Consuelo C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

I.E.D Pablo Neruda

Teniendo en cuenta que:

Juan David Villarraga Méndez.

Cursó y aprobó satisfactoriamente los logros correspondientes a la Educación Básica Primaria que establece el artículo 21, Ley 115 de 1994 y haber cumplido los requisitos exigidos por la Ley general de la Educación y demás decretos vigentes, le confiere el presente

Diploma

LIBERTAD

Director (a)

Profesor (a)

Dado en Sibaté Fecha 4 Dic 1/08

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo Nº 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento Nº 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo Nº 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

CERTIFICA

QUE: *Juan David Villarraga Méndez*

C.C 1.072.193.091 De Sibate (Cundinamarca)

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 21 días del mes de Junio de 2014
Anotado en el Folio C2086 del Libro 01 del Registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaria de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

ACTA GENERAL N° C 026 **ACTA INDIVIDUAL N° C 2066**

En Soacha (Cundinamarca) el día 21 de Junio del año 2014, se reunieron en el aula Múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, La Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de Docentes. Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

Juan David Villarraga Méndez

C.C 1.072.193.091 De Sibate (Cundinamarca)

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca) a los 21 Días del mes de Junio del año 2014

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ
Representante Legal

LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES
Directora Académica

Gobernación de CUNDINAMARCA

f/CundinamarcaGob @CundinamarcaGob

RESOLUCIÓN No. 25-5456

07 DE NOVIEMBRE DE 2014

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1875 de 1994 que modificó el Decreto 1352 de 2000 emanadas del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que ***VILLARRAGA MENDEZ JUAN DAVID,*** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. ***1072193091*** **expedida en** ***SIBATE-CUNDINAMARCA,*** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como ***TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,*** según **certificado** que le otorgó ***LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA EN SOACHA-CUNDINAMARCA*** **según** ***ACTA GENERAL No. C 026 - ACTA INDIVIDUAL No. C 2086 DE FECHA 21 DE JUNIO DE 2014.***

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Paragrafo del Articulo 2° de la Resolución 08211 de 1989.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como ***TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,*** conferido a ***VILLARRAGA MENDEZ JUAN DAVID,*** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. ***1072193091*** **expedida en** ***SIBATE-CUNDINAMARCA,*** según **certificado** que le otorgó ***LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA EN SOACHA-CUNDINAMARCA,*** **según** ***ACTA GENERAL No. C 026 - ACTA INDIVIDUAL No. C 2086 DE FECHA 21 DE JUNIO DE 2014.***

PARÁGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional y tiene efectos de Inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a ***07 DE NOVIEMBRE DE 2014***

LILIANA SOFÍA CEPEDA AMARIS
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Eliana Castellanos

BOGOTA D.C. 27/11/2014
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Juan David Villarraga Mendez
CC No. 1.072.193.091

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1072193091

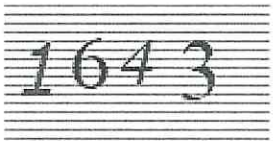
Primer Nombre

Juan

Primer Apellido

villarraga

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6274

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-06-28→2:33:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estad Identi
CC	1072193091	JUAN	DAVID	VILLARRAGA	MENDEZ	Vigen

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) JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ identificado(a) con CC 1072193091 registra La siguiente información:

2024-06-28→2:33:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entida Reporta
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR	2014-11-07	5456	DTS SECRETAR SALUD

EDEVAC
NIT: 901419317-8

CERTIFICA QUE:

EL SEÑOR (A)

JUAN DAVID VILLARRAGA M.

C. C.1.072.193.091

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación en:
SOPORTE VITAL AVANZADO (A.C.L.S)
Con una intensidad de **CUARENTA horas (40)**
PRESENCIAL

Se realizo y aprobó 14 Y 15 días del mes de JULIO del 2023

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Titulo o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades.

MEDEVAC
EVACUACION MÉDICA CON RESPONSABILIDAD PARA TODOS
Nit: 901419317-8

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

Juan Guillermo Galeano D.
Médico General

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo e el código. 0001012

CONTACTO: móvil: 312 428 02 50 mail. medevac.opeíativo@gmail.com

EDEVAC
NIT: 901419317-8

CERTIFICA QUE:

EL SEÑOR (A)

JUAN DAVID VILLARRAGA M.

C. C.1.072.193.091

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación en:
ATENCION PRE-HOSPITALARIA (A.P.H)
Con una intensidad de **CUARENTA horas (40)**
PRESENCIAL

Se realizo y aprobó 14 Y 15 días del mes de JULIO del 2023

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Titulo o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades.

MEDEVAC
EVACUACION MEDICA CON RESPONSABILIDAD PARA TODOS
Nit: 901419317-8

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

Juan Guillermo Galeano D.
Médico General

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo e el código. 0001012

CONTACTO: móvil: 312 428 02 50 mail. medevac.opeíativo@gmail.com

EDEVAC
NIT: 901419317-8

CERTIFICA QUE:

EL SEÑOR (A)

JUAN DAVID VILLARRAGA M.

C. C.1.072.193.091

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación en:
CODIGO BLANCO
Con una intensidad de **CUARENTA horas (40)**
PRESENCIAL

Se realizo y aprobó 14 Y 15 días del mes de JULIO del 2023

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Titulo o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades.

MEDEVAC
EVACUACION MEDICA CON RESPONSABILIDAD PARA TODOS
Nit: 901419317-8

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

Juan Guillermo Galeano D.
Médico General

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo e el código. 0001012

CONTACTO: móvil: 312 428 02 50 mail. medevac.opeíativo@gmail.com

EDEVAC
NIT: 901419317-8

CERTIFICA QUE:

EL SEÑOR (A)

JUAN DAVID VILLARRAGA M.

C. C.1.072.193.091

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación en:
SOPORTE VITAL BASICO (B.L.S)
Con una intensidad de **CUARENTA horas (40)**
PRESENCIAL

Se realizo y aprobó 14 Y 15 días del mes de JULIO del 2023

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Titulo o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades.

MEDEVAC
EVACUACIÓN MÉDICA CON RESPONSABILIDAD PARA TODOS
Nit: 901419317-8

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

Juan Guillermo Galeano D.
Médico General

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo e el código. 0001012

CONTACTO: móvil: 312 428 02 50 mail. medevac.opeíativo@gmail.com

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: *Juan David Villarraga Méndez*

C.C 1072193091 SIBATE

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

GESTION DEL DUELO

INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 04 DIAS DEL MES DE JULIO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

EDEVAC
NIT: 901419317-8

CERTIFICA QUE:

EL SEÑOR (A)

JUAN DAVID VILLARRAGA M.

C. C.1.072.193.091

Participo y aprobó satisfactoriamente la capacitación en:
ATENCION A VICTIMAS POR VIOLENCIA SEXUAL
Con una intensidad de **CUARENTA horas (40)**
PRESENCIAL

Se realizo y aprobó 14 Y 15 días del mes de JULIO del 2023

Este curso no supera las 160 horas, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del decreto 4904 de 2009, De Educación informal, el objetivo es brindar oportunidad para complementar, actualizar, Perfeccionar, Renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas, prácticas; No requiere registro de la secretaria De Educación y solo da lugar a expedición de constancia De asistencia. Educación no formal; no conduce a Titulo o certificado de actitud ocupacional Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades.

MEDEVAC
EVACUACION MEDICA CON RESPONSABILIDAD PARA TODOS
Nit: 901419317-8

CESAR AUGUSTO MOSQUERA
REPRESENTANTE LEGAL

Juan Guillermo Galeano D.
Médico General

Código de verificación y/o la autenticación de este certificado puede ser solicitado al correo e el código. 0001012

CONTACTO: móvil: 312 428 02 50 mail. medevac.opeíativo@gmail.com

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 49674884 - 30/05/2019

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1072193091

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN SISTEMAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Soacha, a los treinta (30) días del mes de mayo de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROBERTO PRIETO LADINO
Subdirector CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9232001580413CC1072193091A.

Diebold Nixdorf

DieboldNixdorf.com

EL SUSCRITO GERENTE DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que el señor(a) **VILLARRAGA MENDEZ JUAN DAVID**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No **1072193091**, laboró mediante contrato de aprendizaje en etapa práctica desde el **16 de octubre de 2018** hasta el **15 de abril de 2019**, como **APRENDIZ SENA.**

Actualmente se encuentra a Paz y Salvo por todo concepto con la compañía.

Se expide en Bogotá, el **15 de abril de 2019.**

Cordialmente,

EDGAR FERNANDO CHAVES QUINTERO
Jefe de Compensación, Beneficios y Relaciones Laborales
DIEBOLD COLOMBIA S.A.
NIT 830.041.054-4

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1072193091

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

SISTEMAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Soacha, a los treinta (30) días del mes de mayo de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.072.193.091

Cursó y aprobó la acción de Formación

ENGLISH DOT WORKS BEGINNER - INGLÉS

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Soacha, a los cuatro (4) dias del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR
CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

51190578 - 04/05/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9232001652685CC1072193091C.

Health Support A.R

CERTIFICACION LABORAL

La empresa **HEALTH SUPPORT A.R** con **NIT 900.770.700-5** certifica que el Señor **JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ** identificad con cédula de ciudadanía Nro. **1072193091 de Sibate, Cundinamarca,** laboró en esta empresa como Auxiliar de Enfermería en colegios desde el 05 de agosto de 2021 hasta el 31 de agosto de 2021, con una modalidad de contrato Prestación de Servicios.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diez y siete (17) días del Mes de septiembre de 2021.

Cordialmente,

Adriana Paola Rivera
Gerente General

CERTIFICACION LABORAL

Certifico que el señor JUAN DAVID VILLARRAGA MENDEZ identificado con cedula de ciudadania No.1072193091 de Sibaté. Laboro como auxiliar de enfermeria a nivel domiciliario, desde enero de 2016 a enero de 2018,(durante 2 años), cuidando al señor PAULINO BAUTISTA VASQUEZ con cedula de ciudadania No. 3.241.269 de Medellin

se desempeño como una persona honorable, responsable y respetuoso en las labores asignadas

Se expide la siguiente constancia a solicitud del interesado, a los 18 dias del mes de octubre de 2019

Cordialmente.

ROSA MARIA PERDOMO
TEL:3157823884
C.C No.41.561.130 de Bogotá
DIRECCION: CALLE 7 No. 6-05 Vereda chacua Sibaté Cundinamarca
Jefa Inmediato