
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"				
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE			AREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL			GESTION DE TALENTO HUMANO
	CODIGO	VERSION			FECHA ELABORACION
A-TH-F-002	2		02/01/2025		

DATOS DEL CONTRATISTA

HOMBRE COMPLETO: JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO **D.I.:** 1.026.597.546

CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL	RESPONSABLE	VERIFICACION	
					SI	N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL		
	2	CDP		HOSPITAL		
	3	ESTUDIO PREVIO		HOSPITAL		
	4			HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA	X	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL		
	7	CERTIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA		CONTRATISTA	X	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CONTRATISTA	X	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019: https://www.funcionpublica.gov.co/funcionpublica/aut/foconDestina+LEY2012		CONTRATISTA	X	
	5	FORMULARIO SARLAFT		CONTRATISTA Y HOSPITAL	X	
FORMACION ACADEMICA	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (1/10 mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)		CONTRATISTA	X	
	7	RUT ACTUALIZADO		CONTRATISTA	X	
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)		CONTRATISTA	X	
	1	TARJETA PROFESIONAL		CONTRATISTA	X	
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	X	
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	X	
	6	DIPLOMA DE BACHILLER		CONTRATISTA	X	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER		CONTRATISTA	X	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		HOSPITAL		
	9	VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)		HOSPITAL		
10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL			
11	RETRUJOS		CONTRATISTA	X		
12	CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion)		CONTRATISTA	X		
TODOS EL TALENTO HUMANO EN SALUD						
OTROS TITULOS (RES 3100)	1	CERTIFICADO EN ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	X	
	2	CURSO GESTION DEL DUELO		CONTRATISTA	X	
	3	CURSO DE AGENTES QUIMICOS		CONTRATISTA	X	
	4	CURSO DE HUMANIZACION		CONTRATISTA	X	
TALENTO HUMANO - OTROS						
OTROS TITULOS (RES 3100)	1	AUX. ENFERMERIA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	CONTRATISTA		
	2		CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION	CONTRATISTA		
	3	VACUNACION	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO	CONTRATISTA	X	
	4		CERTIFICADO APH (urgencias y hospitalización)	CONTRATISTA		
	5	PROFESIONAL ENFERMERIA	CURSO PRIMEROS AUXILIOS Y BLS	CONTRATISTA	X	
	2		CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS	CONTRATISTA		
	3		CERTIFICADO COVID-19 (Prof en enfermeria, Aux. enfermeria)	CONTRATISTA		
	1		CURSO IAMI - AIEPI (Consulta externa)	CONTRATISTA		
	2		CERTIFICACION TRIBUNAL ETICO DE ENFERMERIA	CONTRATISTA		
	3		CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	CONTRATISTA		
4	CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION		CONTRATISTA			
5	CURSO DE IMPLANTES SUBDERMICOS		CONTRATISTA			
6	CURSO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	CONTRATISTA				
7	CURSO VIH	CONTRATISTA				
8	SOPORTE VITAL BASICO Y/O AVANZADO	CONTRATISTA				
9	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO	CONTRATISTA				
10	OTROS	TOMA DE CITOLOGIAS	CONTRATISTA			
1	OTROS	CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formacion academica)	CONTRATISTA	X		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA	X	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA		CONTRATISTA	X	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)		CONTRATISTA	X	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)		CONTRATISTA	X	
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	X	
	6	CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)		CONTRATISTA	X	
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		CONTRATISTA	X	
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA O EMPLEADOR		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2		CONTRATISTA	X	
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Tétanos, difteria, Influenza)		CONTRATISTA	X	
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD		CONTRATISTA	X	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION		CONTRATISTA	X	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL		CONTRATISTA	X	
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)		HOSPITAL		
	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION (EDMODO)		CONTRATISTA	X	
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		HOSPITAL		
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)		HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL		
7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA Y HOSPITAL			
8	ACTA DE LIQUIDACION		HOSPITAL			

VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION	
Vb. Recibido Talento Humano: MARCELA NOVOA PARRADO	1ras Correcciones en documentos:
2das Correcciones en documentos:	3ras Correcciones en documentos:
Vb. Afiliacion ARL:	Vb. Recibido Contratacion:

11 marzo 2025

Doctora
JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, Julian Velazquez Lopez, identificada con la cédula de ciudadanía No. 107659744 expedida en Bogotá Cundinamarca, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. NO. CD-0015-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA PARA DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" Y LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD, TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL MUNICIPIO.

ENTORNO	CURSO DE VIDA	ACTIVIDAD	CANTIDAD POR EJECUTOR	TOTAL DE ACTIVIDADES
Hogar	Primera Infancia	Realizar mensualmente búsqueda activa de gestantes, en el microterritorio asignado; por medio el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGis Survey 123, y el Plan Integral de Cuidado Primario.	39	351
Comunitario	Primera Infancia	Apoyar de desarrollo de los monitoreos de vacunación de acuerdo a lineamientos municipales y departamentales.	1	9
Hogar	Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Adulthood Mayor	Realizar la caracterización e identificación de riesgos en salud individual y familiar de 4,680 familias, de acuerdo con los microterritorios urbanos asignados; por medio el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGis Survey 123, y el Plan Integral de Cuidado Primario	520	4680

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Kilómetro 704-27 barrio Funza Centro del municipio de Funza, correo electrónico julianvelandia7070@gmail.com, mi número de celular es 5138866705.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.
Cordialmente,

(Firma) Julian Velandia
Nombre: Julian Velandia
C.C. No. 7026547548



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Velandia</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Lozano</u>	NOMBRES <u>Julian Rodrigo</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1026597548</u>	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO <u>1026597548</u>	D.M. <u>Base de Combate # 1</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>09</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1999</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Carrera 12 # 10A-27 Apto 302</u>	
PAÍS <u>Colombia</u>		PAÍS <u>Colombia</u>	DEPTO <u>Cundinamarca</u>
DEPTO <u>Bogotá</u>		MUNICIPIO <u>Fuzca</u>	TELÉFONO <u>313542960</u> EMAIL <u>subcomandante2010@hotmail.com</u>
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>			

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: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA											FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
											<u>12</u>	<u>2018</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL	
		SI	NO		MES	AÑO		
<u>T.C</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Técnico en Análisis de Sistemas</u>	<u>07</u>	<u>20</u>	<u>22</u>	<u>1026597548</u>

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

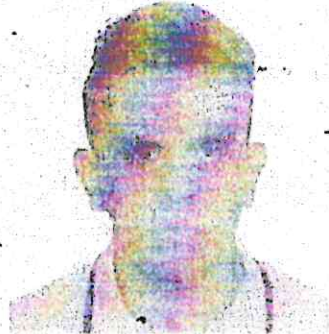
NÚMERO **1.026.597.548**
VELANDIA LOZANO

APELLIDOS
JULIAN RODRIGO

HOMBRES

Julian Velandia

FIRMA



INDICE DE DEDOS

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

O+

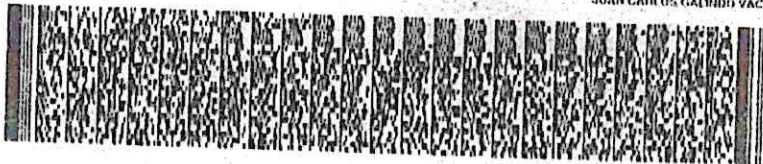
G.S. RH

M

SEXO

27-ABR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Yacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1500150 0107770 M-1026597548-20190628

0005641024A 1

9900111126

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIAN		VELANDIA	LOZANO

Documento de identificación	
Tipo	Número
<input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	<input type="text" value="1026597548"/>

Lugar de nacimiento			
País	Departamento	Municipio	
<input type="text" value="COLOMBIA"/>	<input type="text" value="BOGOTÁ. D.C."/>	<input type="text" value="BOGOTÁ. D.C."/>	

Lugar de domicilio			
País	Departamento	Municipio	
<input type="text" value="COLOMBIA"/>	<input type="text" value="CUNDINAMARCA"/>	<input type="text" value="FUNZA"/>	

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	<input type="text" value="HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="CUNDINAMARCA"/>	Municipio <input type="text" value="FUNZA"/>
Dirección	<input #="" -="" 11="" 9="" 99"]"="" calle="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="CONTRATISTA"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$2.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	\$1.000.000,00
Arriendos	\$550.000,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$3.550.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4

**Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos <i>Julian Rodrigo Velandry Lopez</i>	Tipo De Documento <i>Cedula Ciudadania</i>	No. De Documento <i>1026597543</i>
Correo <i>julianrodrijo2090@hotmail.com</i>	Dirección <i>Kr 72 No 709-27 Apto 302</i>	Teléfono <i>3138866705</i>

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$ <u>2.000.000</u>	Total Pasivos \$ <u>1.000.000</u>	Total Patrimonio \$ <u>2000000</u>
Ingresos Mensuales \$ <u>1.500.000</u>	Egresos Mensuales \$ <u>1.250.000</u>	Otros Ingresos \$ <u>N/A</u>

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	2 de 4	

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Salud ___ Farmacéutico ___ Industrial ___ Servicios ___ Comercial ___ Otro ___ ¿Cuál?

Descripción de la actividad económica:

Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido: CASTRO	Segundo Apellido: CAMACHO	Nombres: MARÍA CAROLINA
Tipo De Documento CC	No. De Identificación 1073502642	Fecha De Nacimiento 20-11-1986
Lugar De Nacimiento BOGOTA	Fecha De Expedición 24-08-2004	Lugar De Expedición FUNZA
Dirección: CLL 19 A 14 63	Ciudad FUNZA	Departamento CUNDINAMARCA
Teléfono 0	Celular 3025604517	Profesión/Ocupación AUXILIAR DE ENFERMERIA

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE	TIPO DE SOLICITUD
	Contratista <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Personal Planta <input type="checkbox"/> Prestador IPS <input type="checkbox"/> Junta Directiva <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>

Departamento:

Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: CASTRO	Segundo Apellido: CAMACHO	Nombres: MARIA CAROLINA
Tipo De Documento CEDULA	No. De Identificación 10735002642	Fecha De Nacimiento 20 -11-1986
Lugar De Nacimiento BOGOTA	Fecha De Expedición 24-08-2004	Lugar De Expedición FUNZA
Dirección: CLL 19 A14 63	Ciudad FUNZA	Departamento CUNDINAMARCA
Teléfono-0	Celular 3025604517	Profesión/Ocupación AUXILIAR DE ENFERMERIA

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? ¿Tiene reconocimiento público? ¿Tiene grado de poder público?
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico
Tipo de contribuyente: <input type="checkbox"/> Régimen simplificado <input type="checkbox"/> Régimen común <input type="checkbox"/> Grandes contribuyentes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____		
Tipo de Empresa: Privada <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	4 de 4	

3. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza negocios en moneda extranjera	Tipo de transacciones	
	¿Cuál?	

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Carolina Castro C

FIRMA



HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud



REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE
LA
ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD
ADMISALUD



Aprobada por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo N° 00030 de Febrero 22 de 2018
Emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud,
Licencia de Funcionamiento Resolución N° 394 del 19 de Octubre de 2021
Emanada de la Secretaría de Educación de Funza Cundinamarca,
Aprobación de Programas Mediante Resolución N° 008498 del 22 de Noviembre 2018
Código de Certificación de Calidad del programa 30.028-4 NTC 5663 Versión 2011

"El Suscrito Secretario General de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD, expide a continuación copia del acta de grado de la Promoción número *Quincuagésima Cuarta (54)* correspondiente al día *Veintiuno (21)* del mes de *Julio* del año *dos mil veintidós (2022)*.

"En el Municipio de Funza Departamento de Cundinamarca, siendo las *10:00 a.m.* del día *Veintiuno (21)* de *Julio* del año *dos mil veintidós (2022)*, bajo la Dirección General del Doctor JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO, se efectuó la Ceremonia de Graduación para otorgar el grado Nivel Técnico Laboral por Competencias *AUXILIAR EN ENFERMERÍA*

A:
Julian Rodrigo Velandia Lozano

Identificado (a) con C.C. No. 1.026.597.548 de Bogotá


quien cursó y aprobó de acuerdo a los reglamentos de estudios correspondientes al Nivel de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano. El Director General en nombre y representación de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD y previo Juramento, hizo entrega del Certificado correspondiente".

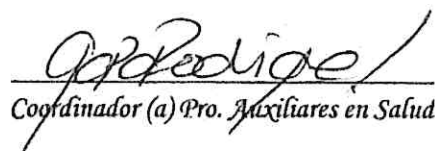
Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Director General *Jorge Enrique Chivatá Galindo*

Coordinador(a) del programa *Sandra Patricia Rodríguez Santos*

Secretario(a) General *Julio Ernesto Chivatá Galindo*


Director General


Coordinador (a) Pro. Auxiliares en Salud



Dado en Funza a los 21 Dias del Mes de Julio Del Año 2022

En el Libro No. 01 Folio No. 53 Registro No. 1612



REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE
LA
ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD
ADMISALUD



*Aprobada por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo N° 00030 de Febrero 22 de 2018
Emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud,
Licencia de Funcionamiento Resolución N° 394 del 19 de Octubre de 2021
Emanada de la Secretaría de Educación de Funza Cundinamarca,
Aprobación de Programas Mediante Resolución N° 008498 del 22 de Noviembre 2018
Código de Certificación de Calidad del programa 30.028-4 NTC 5663 Versión 2011*

Concede el presente Certificado de Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en:

Enfermería

Con una Intensidad Horaria de (1800) horas

A:

Julian Rodrigo Velandia Lozano

Identificado (a) con C.C. No. 1.026.597.548 de Bogotá

*Por haber cumplido todos los requisitos académicos y legales
que le acreditan para ejercer la ocupación.*

Jorge C. Alvarez G.
Director General

[Signature]
Secretario (a) General

[Signature]
Coordinador (a) Pro. Auxiliares en Salud



Dado en Funza a los 21 Dias del Mes de Julio Del Año 2022

En el Libro No. 01 Folio No. 53 Registro No. 1612



La República de Colombia
Y en su nombre la
Fundación Colombia Aprende

Funza / Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca según
Resolución No. 009340 del 17 de Diciembre de 2012.
Código DANE 32520600161, Código Actes 17872

Confiere a:

Julián Rodrigo Velandia Lozano

C.C. No. 1.026.597.548 de Bogotá D.C

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Bachiller Académico, Artículo 28 Ley 115 de 1994 y sus Decretos
Reglamentarios 1860 de 1994 y 3011 de 1997 según los
planes y programas vigentes

Libro de Registro. 01

Acta No. 24

Folio No. 141

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921 del
6 de mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del
3 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

Dado en Funza (Cundinamarca) a los 5 días del mes de Diciembre de 2012.





Fundación Colombia Aprende

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Código ICFES: 173872

Inscripción DANE: 325286001161

En la Ciudad de Funza - Cundinamarca a los cinco (5) días del mes de Diciembre de 2018, se reúne con el fin de formalizar la graduación de los alumnos, el suscrito Rector, en la oficina de la secretaria de la Fundación Colombia Aprende.

Institución Educativa Aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, mediante resolución No. 009340 del 17 de diciembre de 2012.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identidad se relacionan a continuación:

Bachiller Académico

Julián Rodrigo Velandia Lozano

C.C. No. 1.026.597.548 de Bogotá D.C



Es tomada del Acta Original General de graduación No. 24 que consta de 59 estudiantes comenzando con el nombre de WENDI MARCELA ALARCÓN PINEDA y cerrando con el nombre de VELANDIA LOZANO JULIÁN RODRIGO.

Firmada y Sellada por Lic. ARNULFO PEDRAZA PÉREZ (RECTOR)


Arnulfo Pedraza Pérez
Rector

Folio No. 141

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora		
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-08-18	2955	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		
Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1026597548	JULIAN	RODRIGO	VELANDIA	LOZANO	Vigente	Ver

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) JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO identificado(a) con CC 1026597548 registra La siguiente información:
2025-03-04→3:31:15 PMInformación Académica

La 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).

RESOLUCIÓN No. 25- 02955 De 2022

18 DE AGOSTO DE 2022

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARÍA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000, por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanado del Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que **VELANDIA LOZANO JULIAN RODRIGO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.026.597.548 expedida en **BOGOTÁ D.C.**, solicitó ante esta Secretaría de Salud, la autorización para ejercer como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERÍA**; diploma otorgado por la **ESCUELA EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD ADMISALUD EN FUNZA, CUNDINAMARCA**, según **ACTA DE GRADO DE LA PROMOCIÓN NUMERO 54** del 21 de julio de 2022.

Que dicho certificado de aptitud ocupacional no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2° de la Resolución 08211 de 1989.

Que, estudiada la documentación presentada por el solicitante, este cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **VELANDIA LOZANO JULIAN RODRIGO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.026.597.548 expedida en **BOGOTÁ D.C.**, para ejercer como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar personalmente la presente Resolución, conforme a lo dispuesto en el artículo 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá interponer dentro de los diez (10) siguientes a su notificación, acorde con el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., el 18 de agosto de 2022


DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Secretario de Salud (E)

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1026597548

Asistió al curso de:

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 70 horas

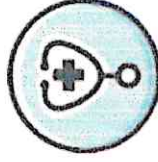
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 16/08/2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez:



LORENA BONILLA

**LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584**



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330**

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JULIAN RODRIGO MELANDIA LOZANO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1026597548

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (AM)

Con una intensidad horaria de 45 horas

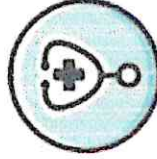
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 16/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez:



LORENA BONILLA

**LORENA BONILLA
GERENTE
CCi.018.464.584**



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS

FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330**

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1026597548

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad horaria de 45 horas

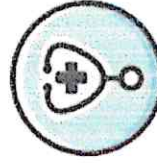
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 16/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez:



LORENA BONILLA

LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÓDICAS

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1026597548

Asistió al curso de:

*CURSO BÁSICO ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO
SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)*

Con una intensidad horaria de 45 horas

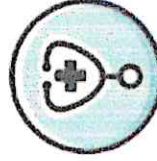
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 16/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO
NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA
CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique validez:



LORENA BONILLA

**LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584**



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069-736-330**

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JULIAN RODRIGO MELANDIA LOZANO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1026597548

Asistió al curso de:

*CURSO BÁSICO TOMA CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE
LABORATORIO CLÍNICO (TML)*

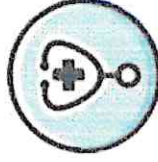
Con una intensidad horaria de 45 horas

Verifique validez: ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 16/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO
NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA
CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.



Loirena Bonilla

**LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584**



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330**

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1026597548

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO SOPORTE VITAL (BLS)

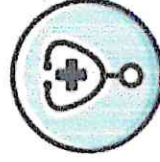
Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 16/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.


Verifique Validez:




LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS


FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

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 martes 11 de marzo de 2025, a las 11:28:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1026597548
Código de Verificación	102659754825031112803

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.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/03/2025 04:14:28 p. m. para el N° de Expediente o Comparendo: N°. **1026597548**

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. **111787346** . 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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:15:25 PM horas del 04/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1026597548**

Apellidos y Nombres: **VELANDIA LOZANO JULIAN RODRIGO**

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.

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

Tipo de identificación: Número identificación:

¿ Cuanto es 3 - 2 ?

Datos del ciudadano

Señor(a) JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1026597548.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, marzo 11, 2025 - Hora de consulta: 11:24:27

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, as inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación



Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

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 11:20:53 horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1026597548**, Apellidos y Nombres **VELANDIA LOZANO JULIAN RODRIGO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital nuestra señora de las mercedes**, con NIT **900750333-1** 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>



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1026597548 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 11/03/2025 10:39 AM



Código Verificación: 8NLVJA96YG

Válida hasta: 09/06/2025

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

Certificado de Vacunación

Institución: _____
 Nombre: Juliana Velando Lozano
 Identificación: 1076597548 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B 1da		11/05		Jenny M. Velando

Recomvax B 20µg
 Vacuna contra la hepatitis B.
 Conservar entre +2°C - +8°C. No congelar.
 La inyección es intramuscular.
 No es un medicamento.
 No es un medicamento.
 No es un medicamento.

Cortesía de Sanofi Pasteur

Certificado de Vacunación

Institución: _____
 Nombre: Juliana Velando
 Identificación: 1076597548 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
TETAVAX 1da		11/05	02102018	Jenny M. Velando

TETAVAX 1da
 Vacuna contra la tétanos y el difteria.
 Conservar entre +2°C - +8°C. No congelar.
 La inyección es intramuscular.
 No es un medicamento.
 No es un medicamento.
 No es un medicamento.

Manuf: 02102018
 Lot: R3M31
 Exp: 09-2021

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hepatitis B 2da				

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

Covid-19

Certificado de Vacunación

Nombres:

Julian Rodrigo

Apellidos:

VELANDIA LOZANO

Documento de identidad:

C.C. * T.I. Pasaporte PEP otro cudi:

No. 1026.597.509

Fecha de nacimiento:

Día 09 Mes 04 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10 SEP 2021	AstraZeneca	PV46683	CM Colsubsidio FCZC	DEISY ADRIANA PRIETO GUTIERREZ	1073501504 - Ant. (Credencial)
	2	16-12-21	ASTRAZENECA	77904	ESE HNSMF	Cali Paola Rodriguez Alvarez	Ant. Enfermeria C.C. 1041063611
		13-04-2022	Pfizer	ACC5813	ESE HNSMF	Paola Rodriguez Alvarez	1043003877 De Enfermeria



IPS Sigmedical

NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagena

Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis

Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro

Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:811838

Código de Prestador :254730264201

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

	Fecha: 19/Nov/2022. Hora: 10:24:32 a.m.	Nombre: Julian Rodrigo	HC: # 124698
	Apellido: Velandia Lozano	Nro Identidad: 1026597548	Edad: 23 años
	Tipo Doc: CC		Sexo: Masculino ♂
	Empresa: Cliente Mostrador		Nacim: 09/Abr/1999
	Cargo: Auxiliar De Enfermeria		Rh: O+
	Direccion: Cra 12 10-07 Funza Centro		
	Telefono: 1 Celular: 3135421760 Email: Estado Civil: Soltero		
	Ciudad: Cundinamarca - Funza		

Exámenes Realizados

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audiometria Tamiz | <input type="checkbox"/> Audiometria Tonal | <input type="checkbox"/> Glicemia |
| <input type="checkbox"/> Optometria | <input type="checkbox"/> Vestibular | <input type="checkbox"/> Visiometria |

Otros: Examen Medico Ocupacional Con Enfoque Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

- * 1- Actividad Fisica Regular, Estilo De Vida Saludable

Medicas

Laborales

- * Control Periódico En Programas De Promoción Y Prevención En Eps

- * 1- Capacitación En Su Cargo Según Factores De Riesgo,
- * 2- Uso De Elementos De Protección Personal Según Factores De Riesgo,
- * 3- Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral Según El Programa De Seguridad Y Salud En El Trabajo De La Empresa,

Resumen Resultados

Examen	Resultado
--------	-----------

Concepto

Sin Restricción Para El Cargo

Observaciones

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 aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Luis Argenis Rangel Rodriguez
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 892418 // Res. 9369 del 14-09-22

Luis Rangel
Médico Especialista En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 5365/ 15-09-2022



Julian Velandia

Julian Rodrigo Velandia Lozano
CC 1026597548



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO identificado(a) con CC 1026597548 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Estado 08/10/2022

de la Afiliación: ACTIVO

IPS: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE-ESE UNIDAD DE SERVICIOS DE
Categoría: SALUD SANTA CLARA

SISBEN-2

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en

QUIEN , a los 04 días del mes del . marzo 2025

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

Viernes, 07 de junio de 2024

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **JULIAN VELANDIA LOZANO**, identificado con CC. **1.026.597.548**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	15968411991	2024/06/07	ACTIVA

***Importante:** esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607) 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 595 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714, Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico: defensor@bancolombia.com.co, o en la Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín.

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
A - TH - F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1		

**LA PROFESIONAL DE TALENTO HUAMNO DE LA EMPRESA SOCIELDELESTADO
"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"**

NIT. 900.750 .333 – 1

CERTIFICA.

Que una vez verificada la Hoja de Vida de la contratista **JULIAN RODRIGO VELANDIA LOZANO identificado** (a) con cedula de ciudadanía No **1.026.597.548** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada.
Para constancia de los anterior se firma a los (12) días del mes de marzo del año dos mil Veinticinco (2025)



JAIRO VELASQUEZ CHACON
 Subgerente Administrativo y Financiero

Elaboro Proyecto: Marcela Novoa. – Apoyo contrato Interadministrativos
 Revisó: Juan Sebastián Duarte. – Líder Calidad
 Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera copia.

"Tu Salud. Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co