

**SOLICITUD DE DOCUMENTOS PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS
PERSONA NATURAL O JURIDICA**

Nombres y Apellidos: Juan Alberto Montes Espinoza			
No. De Cedula de ciudadanía: 8446727		Teléfono Fijo/ Celular: 30222794299	
Dirección de Residencia: Sevilla			
Ciudad/Municipio: Zona Bananera		Departamento: Magdalena	
Correo Electrónico: ujb41807@gmail.com		Estado Civil: Union Libre.	

Orden	Documento	Natural	Jurídica	Observaciones
1.	Propuesta de servicio	✓		
2	Formato Único Hoja de vida del SIGEP – Personal Natural – debidamente firmada y con la información actualizada	✓		
3.	Formulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas	✓		
4.	Fotocopia de Documento de Identidad (Cedula Amarilla de Hologramas) (En caso persona jurídica del representante legal de la sociedad comercial)	✓		
5.	Fotocopia de Registro Único Tributario RUT (Expedido por la DIAN y actualizado con las actividades económicas)	✓		
6.	Fotocopia de la Libreta Militar (Si es Hombre, Menor de 50 Años).	N/A		
7.	Fotocopia de la Tarjeta Profesional si lo requiere	N/A		
8	Resolución Departamental para ejercer la profesión	N/A		
9	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales (médicos) desde \$250.000.000	N/A		
10	Curso guía de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, Ley 1146 de 2007 (personal asistencial) que contengan la fecha de vencimiento del mismo.	N/A		No superior a 2 años.
11	Curso de atención integral a víctimas con ataques químicos (Si aplica)	N/A		No superior a 2 años.
12	Copia del curso de SOPORTE VITAL BÁSICO – auxiliares de enfermería y auxiliar camillero – que contenga la fecha de vencimiento del mismo.	N/A		No superior a 2 años.
13	Copia de curso de SOPORTE VITAL AVANZADO enfermeras y médicos, que contenga la fecha de vencimiento del mismo.	N/A		No superior a 2 años.
14	Humanización en los servicios de salud.	N/A		No superior a 2 años.
15	Gestión del duelo.	N/A		No superior a 2 años.
16	Atención Integrada de enfermedades prevalentes (Aiepi clínico).	N/A		No superior a 2 años.
17.	Fotocopia de la licencia de conducción en el caso de las personas que vayan a manejar vehículos	N/A		
18.	Certificación de Afiliación a Salud vigente en donde especifique que actualmente es Cotizante Independiente Activo	✓		
19.	Certificado de Afiliación a Pensión** Vigente	✓		
20.	Certificación de ARL Vigente como independiente.	✓		(Sino tiene ninguna afiliación a ARL la entidad procede a realizarla con colmena una vez suscriba el contrato)
21.	Certificación bancaria – Cuenta de Ahorros vigente	✓		
22.	Diplomas y/o Acta de Grado de títulos que acrediten su formación académica.	✓		
23.	VACUNAS – copia de carnet	•		
24.	Certificaciones labores y/o contratos que acrediten su experiencia.			
25	Examen Preocupacional (menor a 3 años a partir de su expedición)	✓		

NOTA: Usted debe entregar su Hoja de Vida Completa con los documentos Precontractuales antes mencionados debidamente organizados en el orden establecido, además de ello debe anexar: Fotocopias de los Diplomas y/o Actas de Grado que acrediten su formación y Estudios y los soportes que acrediten su experiencia técnica, tecnológica y/ o profesional. **NO SE RECIBIRAN CARPETAS CON LA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA, SIN EXCEPCIÓN.**
****Si usted es Pensionado, aportar copia de declaración de pensión expedida por la entidad que lo pensionó.**

Sevilla Zona Bananera, Enero 02 2024.

Doctor
Loren De Arma Iguaran
Gerente
Hospital Local Zona Bananera

Ref. Propuesta de trabajo

Yo, **JUAN ALBERTO MONTES ESPINOZA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 12446727, Ofrezco mis Servicios en el área de MANTENIMIENTO; por medio de esta carta, dejo a su consideración mi propuesta.

Estimado Dra. , reciba de mi parte un caluroso, amablemente me dirijo, para ofrecerle formalmente mis servicios en el área de MANTENIMIENTO; a través de este escrito pido la oportunidad de hacer parte del equipo de trabajo de la E.S.E, HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA, a través de mi experticia e idoneidad pido la oportunidad. Además; tengo buenas cualidades personales y profesionales, con estas características ayudaré la E.S.E a prestar una mejor atención a los pacientes.

Con un honorario a convenir.

Atentamente,

Juan Montes Espinoza
JUAN ALBERTO MONTES ESPINOZA
C.C 312446727.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONTES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ESPINOSA	NOMBRES JUAN ALBERTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. COLOMBIA	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 08 MES 06 AÑO 1970 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO CIENAGA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA SEVILLA PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO ZONA BANANERA TELÉFONO 3022794299 EMAIL MJ641807@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:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES 11 AÑO 1989	
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						
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)												
IDIOMA				LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
				R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Juan Montes Espinoza
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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 _____



FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN ALBERTO MONTES ESPINOSA

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 124,467,247 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País COLOMBIA Departamento MAGDALENA Municipio ZONA BANANERA
Dirección CRR 9 4 23 SEVILLA Teléfonos 3106338091
3218400389

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 LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION 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	1.400.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	16.800.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA	DE
BANCOLOMBIA	AHORRO	48281737085	CIENAGA		

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Juan montes espinosa
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAPP-OAP

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

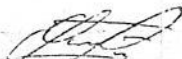
NUMERO 12.446.727

MONTES ESPINOZA

APELLIDOS

JUAN ALBERTO

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1970

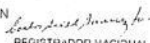
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

27-FEB-1989 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2109500-00194096-M-001246727-20091105

0017740448A 1

32447128

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14593324541



(415)7707212489984(8020) 000001459332454 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 2 4 4 6 7 2 7

4

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 2 4 4 6 7 2 7

27. Fecha expedición

1 9 8 9 0 2 2 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Ciénaga

1 8 9

31. Primer apellido

MONTES

32. Segundo apellido

ESPINOZA

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Zona Bananera

9 8 0

41. Dirección principal

CL 5 8 30 CORR SEVILLA

42. Correo electrónico

43. Código postal

44. Teléfono

3 1 5 7 2 2 6 4 6 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

4 7 1 1 1 9 9 7 0 5 0 7

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 1 2

Ocupación

51. Código

1 3 1 4

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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

2019 - 06 - 06

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

STAMARTA, Enero 2 de 2025

Señora:
MONTES ESPINOSA JUAN ALBERTO
CC. 12446+727
CRA 12ª9 423SEVILLA
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 1 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MONTES ESPINOSA JUAN ALBERTO	12446727	C	Sep-1-2020	580	50	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
JUAN ALBERTO MONTES ESPINOSA	12446727	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

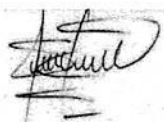
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONTES ESPINOZA JUAN ALBERTO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12446727**, se encuentra afiliado/a desde **16/02/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de Enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN MONTES ESPINOSA** identificado con **CC No. 12446727**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA - NI. 819003632	Fecha de inicio de cobertura: 03/01/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 02/01/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101122979.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Certificación Bancaria

Domingo, 06 de enero de 2025

Juan Montes Espinoza

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN ALBERTO MONTES ESPINOZA identificado(a) con CC 12446727, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	48281737085	2012-04-03	ACTIVO	*****

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

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



Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

Republica de Colombia



Y en su nombre, el

Colegio Municipal Nocturno Juan Pablo II

Aprobación Oficial por Resolución No 317 de Diciembre 26 de 1997
Guacamayal - Ciénaga

Confiere a:

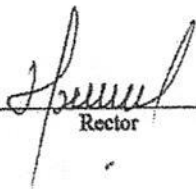
JUAN ALBERTO MONTES ESPINOZA

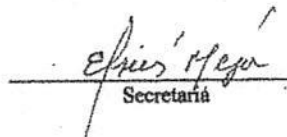
C.C. No 12.446.727 de Ciénaga Magdalena

El título de :

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y alcanzado los logros requeridos para
El nivel de Educación media, atendiendo a la ley 115
Y Decreto 1860 de 1994


Rector


Secretaria

Registro No 01 Folio 09

Dado en Guacamayal a los 06 días de Diciembre de 1.998

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Juan Alberto

Apellidos:

Montes Espinoza

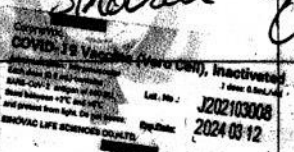
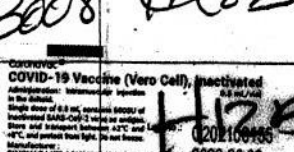
Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 12446727

Fecha de
nacimiento:

Día 09 Mes 06 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	26 03 21	Sinovac	E2021 02010	H-12B	José A. Pacheco	30574044
	2	26 04 21	Sinovac	E2021 03008	H-12B	José A. Pacheco	30574044
		12 01 22			H-12B	Julia Miranda	36566242



SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

S. A. M. E.

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSSM

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA

Examen de ingreso: X

Fecha: 10/11/2023 Ciudad: SANTA MARTA

Empresa: ALCALDIA ZONA BANANERA

Nombres y Apellidos: JUAN MONTES ESPINOSA

CC: 12446727 Sexo: M Edad: 53

Labor a Desempeñar: MANTENIMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Apto sin patología aparente

Aptitud para tareas específicas: **SI APTO PARA LABORAR**

Previo asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de pro facial, monogafas anti fluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- PAUSAS ACTIVAS
- ESTILOS VIDA SALUDABLE
- USO-EPP INDIVIDUAL
- RIESGOS PROPIOS DE LA EDAD
- HABITOS DE VIDA SALUDABLE HASTA LLEGAR A PESO IDEAL

DX: APTO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
M.E. 0506 S.M. LIG. 11030
UNIMETRO - UNIMONTA

SANTANDER MARQUEZ

Medico Laboral

Lic. SO11030 SSSM

301 3103323 - 316 8627394

318 3395504 - 304 6817935

Serviciosmedicosamb19@gmail.com

serviciossamb19@gmail.com

Calle 22 Nro. 13a - 97