FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Henao	Medina	Juliana Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1055838645	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES 12 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO AGUADAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 2 3 16 apto 2 bajo monserrate

PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS

MUNICIPIO AGUADAS

TELÉFONO 3126805047 EMAIL julianaandreahm@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	09	2022	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CALDAS	AGUADAS	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3126805047	*Día*	12	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGIA PROFESIONAL	APH SALUD MENTAL	CARRERA 3 null null entre calle 16 y 17

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ICBF			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CALDAS	AGUADAS	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	21	*Mes*	10	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AGENTE PSICOSOCIAL	PSOCILOGIA	CALLE 6 5 0

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	

AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Aguadas, Caldas \ 28 de marzo de 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-10-22 09:55

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIANA	ANDREA	HENAO	MEDINA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1055838645

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

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	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	AGUADAS

Dirección	["Carrera 3 entre calles 16 y 17"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$8.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$8.000.000,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.055.838.645
HENAO MEDINA
APELLIDOS
JULIANA ANDREA
NOMBRES
Juliana Andrea Henao
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1999
AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-DIC-2017 AGUADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
P-0900400-00969628-F-1055838645-20180116
0059149677A 1
48689580

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14529021777

(415)7707212489984(8020) 000001452902177 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 5 8 3 8 6 4 5	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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 5 5 8 3 8 6 4 5	2 0 1 7 1 2 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Aguadas 0 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HENAO	MEDINA	JULIANA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Aguadas 0 1 3

41. Dirección principal: CR 6 9 33

42. Correo electrónico: julianaandreahm@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 8 2 1 6 5 2 6	

CLASIFICACIÓN

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

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
4	9																								

53. Código

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 2019 - 05 - 23

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

ACTA DE GRADO Núm. 562

En la ciudad de Medellín, República de Colombia, el día 29 de septiembre del 2022, bajo la presidencia del Doctor, JUAN FERNANDO MONTAÑEZ MARCIALES, Rector del Politécnico Grancolombiano, se llevó a cabo la ceremonia de entrega del diploma en que consta el título académico de Psicóloga, programa que fue aprobado por medio de la Resolución número 10070 del 10 de noviembre de 2011 del Ministerio de Educación Nacional, a HENAO MEDINA JULIANA ANDREA, identificado(a) con la CC No. 1055838645 de Aguadas, quien cumplió con todos los requisitos académicos exigidos para obtener dicho reconocimiento.

El título académico fue registrado en el Folio 104 del libro Número 19 de actas de grado, y le correspondió el diploma Número 117562.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado,

EL RECTOR
JUAN FERNANDO MONTAÑEZ MARCIALES

SECRETARIO GENERAL
JAIME SARMIENTO MARTINEZ

Powered by CamScanner

POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,
Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991

En atención a que:

Juliana Andrea Henao Medina

CC No. 1055838645 Expedida en Aguadas

Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de

Psicóloga

y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad, en testimonio de lo cual se firma.

Medellín,septiembre 29 de 2022

EL DECANO

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Diploma 117562 registrado en Libro 15 , Folio 9, Reg. Interno 126475

Este Diploma se registró en la Institución con base en las disposiciones legales, especialmente el Decreto No. 2150 del 5 de diciembre de 1995

Registrado en el Libro de actas 19 , Folio 104

Powered by CamScanner

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 258591

Fecha de expedición: 07/12/2022

JULIANA ANDREA HENAO MEDINA

Cédula de Ciudadania
1055838645

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

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 *

1055838645

Primer Nombre

JULIANA

Primer Apellido

HENAO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5505

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-04-01→2:26:22 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1055838645	JULIANA	ANDREA	HENAO	MEDINA	Vigente	V

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) JULIANA ANDREA HENAO MEDINA identificado(a) con CC 1055838645 registra La siguiente información:

2025-04-01→2:26:22 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2024-10-15	24060419163	GOBERNACION DE ANTIOQUIA

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Aguadas, 01 de abril de 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIA AREA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, CALDAS

CERTIFICA:

Que la doctora **JULIANA ANDREA HENAO MEDINA,** identificada con c.c. No. 1.055.838.645 expedida en Aguadas, presta sus servicios profesionales como Psicóloga ejecutora del PIC, en este Hospital, desde octubre de 2024 hasta la fecha que continua en ejercicio de sus funciones.

La profesional en mención está vinculada a través de Contrato de Prestación de Servicios.

LUZ ADIELA SERNA ARIAS
Profesional Universitaria

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c2482247-6302-464b-b250-9e75cfffbec

Nombres y apellidos / Full name: **JULIANA ANDREA HENAO MEDINA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 5 5 8 3 8 6 4 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **19/12/1999**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3126805047**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	3	2	2010			ESE HOSPITAL SAN JOSE	ALBA LUCIA ARBELAEZ
9 años	VPH	Primera	29	4	2013		H012968	ESE HOSPITAL SAN JOSE	ALBA LUCIA ARBELAEZ
9 años	VPH	Segunda	18	10	2013		J004440	ESE HOSPITAL SAN JOSE	ALBA LUCIA ARBELAEZ
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	13	7	2018			ESE HOSPITAL SAN JOSE	ALBA LUCIA ARBELAEZ
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Primera	26	8	2021	Oxford-AstraZeneca	77785	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	BEATRIZ ELENA MARTINEZ LONDOÑO
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Segunda	16	12	2021	Oxford-AstraZeneca	NL0122	HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS ESE	BEATRIZ ELENA MARTINEZ LONDOÑO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2025-04
Período Salud : 2025-04

Se certifica que en la fecha 2025-04-02 la empresa JULIANA ANDREA HENAO MEDINA con documento de identificación CC 1055838645 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante HENAO MEDINA JULIANA ANDREA identificado con CC-1055838645, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-1055838645	JULIANA ANDREA HENAO MEDINA

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8635514884	I	2025-04-02	0,02436

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	800226175	14-25	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	30

DR. JULIO CÉSAR FLÓREZ PÉREZ
LSST Resolución No. 2020060116321
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Calle 6 # 8-03, Aguadas - Caldas
Teléfono : 312 894 5397
juliocesarflorezp@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-10-23	AGUADAS (Caldas)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**1206796**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
Juliana Andrea Henao Medina	CC 1055838645	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1999-12-19	24 años	O+	74 kilogramos	163 centimetros	27.85

Dirección Residencia	Teléfonos
Cll 2 # 3 16	3126805047

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
PSICÓLOGA (PIC)	NIT 890801035-4 Hospital San Jose de Aguadas	Hospital San Jose de Aguadas



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

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-10-23. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
Julio César Flórez Pérez
Registro No.: 71312275
LSST.: 2020060116321

Juliana Andrea Henao

Firma del Usuario
Juliana Andrea Henao Medina
CC.: 1055838645

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/edz17xkm-omw4-aw0e-wgtx-4i49pjry0wlg
Fecha Impresión: 2024-10-23 17:05:06 498224

DR. JULIO CÉSAR FLÓREZ PÉREZ
LSST Resolución No. 2020060116321
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Calle 6 # 8-03, Aguadas - Caldas
Teléfono : 312 894 5397
juliocesarflorezp@gmail.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-10-23	AGUADAS (Caldas)	Pre-Ingreso, Osteomuscular	**1206796**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
Juliana Andrea Henao Medina	CC 1055838645	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1999-12-19	24 años	O+	74 kilogramos	163 centimetros	27.85

EPS	ARL	AFP
Nueva EPS	Colmena	Colpensiones

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
PSICÓLOGA (PIC)	NIT 890801035-4 Hospital San Jose de Aguadas	Hospital San Jose de Aguadas



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

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2024-10-23, el médico especialista Julio César Flórez Pérez generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

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

La empresa **Hospital San Jose de Aguadas** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

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

Responsable SG-SST

Hospital San Jose de Aguadas

Firma del Usuario

Juliana Andrea Henao Medina
CC.: 1055838645
Fecha de recibido:

CONOCIMIENTO DEL CLIENTE DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS
PERSONA NATURAL O JURÍDICA
(ANEXO MANUAL SARLAFT)

Persona Natural: X Persona Jurídica: _

Información empresa
Razón social: HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS NIT: 890081035-4

Dirección: CARRERA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 Teléfono: 3126805047

Información representante legal y personas naturales

Nombre completo: JULIANA ANDREA HENAO MEDINA Identificación: 1055838645
Dirección: CALLE 2 N 3-16 APT 3 Teléfono: 3126805047
Lugar y fecha de nacimiento: 19/12/1999
Ocupación u oficio: PSICOLOGO
Caracterización PEP (Personas expuestas políticamente): SI ___NO X

¿Realiza operaciones internacionales?: SI ___NO X
¿Cuáles?
_____
_____
_____

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____identificado con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____con NIT _____, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas legales concordantes.

1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) – No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante).

_____
_____
_____

2. Si posee ingresos adicionales, especifique:

_____
_____
_____

3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

6. Autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a los procesos y personas relacionadas con el Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo al interior de la institución, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos con que cuenta la institución. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de información, supervisión y control, de forma directa o a través de terceros.
   Por lo anterior en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 autorizo de manera expresa e inequívoca a la institución para mantener y manejar la información conforme a lo previsto en el presente documento.

7. Autorizo de manera irrevocable a la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS CALDAS, para que, con fines de control, supervisión y de información, consulte en las listas restrictivas vinculantes para Colombia y a cualquier otra Entidad que maneje banco de datos de información de lavado de activos y financiación del terrorismo, y así mismo se realicen los reportes respectivos a la unidad de información y análisis financiero en el marco de la normatividad legal vigente.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los 28 días del mes de marzo del año 2025 en la ciudad de Aguadas.

FIRMA DEL CLIENTE

JULIANA ANDREA HENAO MEDINA
NOMBRE

1.055.838.645
C.C / NIT



Huella Índice Derecho

POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES FORMATO DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, JULIANA ANDREA HENAO MEDINA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1055838645 , dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto total compromiso de garantizar la confidencialidad de los datos personales a los cuales pueda tener acceso de forma directa o indirecta durante la realización de mis actividades. Los datos personales a los cuales pueda tener acceso virtud de la ejecución de mis obligaciones o actividades contractuales, serán conservados con especial cuidado, de conformidad con los parámetros establecidos en la Ley 1266 de 2008 y sus modificaciones; en los artículos 269F y 269G de la Ley 1273 de 2009, en la Ley 1581 de 2012, en lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013, el Decreto 1074 de 2015 y lo contemplado en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales adoptada por la E.S.E Hospital San José de Aguadas Caldas.

En caso de tener acceso a datos personales para el cumplimiento de mis obligaciones, los utilizaré únicamente para la finalidad para la cual fueron recolectados y aplicaré a cabalidad los principios de veracidad, circulación restringida, seguridad y confidencialidad, evitando que los datos personales sean expuestos a personas no autorizadas.

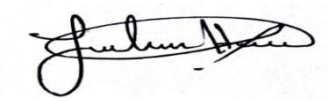
Daré cumplimiento a las Políticas de Protección y Tratamiento de Datos Personales que disponga la E.S.E Hospital San José de Aguadas Caldas, y aplicaré los derechos de los titulares de la información, siendo entre otros: garantizar al Titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de hábeas data; conservar la información bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento; realizar oportunamente la actualización, rectificación o supresión de los datos en los términos de la presente ley y tramitar las consultas y los reclamos formulados por los Titulares en los términos señalados en la presente ley.

Comprendo que el empleado, contratista o colaborador bajo cualquier modalidad de vinculación que sin estar facultado para ello, con provecho propio o de un tercero, obtenga, compile, sustraiga, ofrezca, venda, intercambie, envíe, compre, intercepte, divulgue, modifique o emplee códigos personales, datos personales contenidos en documentos, archivos, bases de datos o medios semejantes, podrá ser denunciado por la conducta de violación de datos personales, llegando a constituir una causal de suspensión o terminación del contrato laboral.

De igual forma, entiendo que el empleado, contratista o colaborador bajo cualquier modalidad de vinculación que sin estar facultado para ello, destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos, o un sistema de tratamiento de información o sus partes o componentes lógicos, podrá ser denunciado penalmente por el delito de daño informático.

Entiendo y acepto, que el incumplimiento del presente compromiso puede generar la imposición de multas y sanciones de carácter personal e institucional por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.

En constancia de lo anterior, suscribo este **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD** a los (2 8) días del mes de MARZO de 2 0 2 5 .



Firma

1.055.838.645

Documento de Identidad No.

Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1266_2008.html.

Por medio de la cual se modifica el Código Penal, se crea un nuevo bien jurídico tutelado - denominado "de la protección de la información y de los datos"- y se preservan integralmente los sistemas que utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones, entre otras disposiciones. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1273_2009.html.

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html.

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201074%20DEL%2026%20DE%20MAYO%20DE%202015.pdf

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE HISTORIA LABORAL Y/O EXPEDIENTE CONTRACTUAL

Aguadas,

Doctor
NORBERTO LUIS SEPULVEDA ANDRADE
Gerente, ESE Hospital San José De Aguadas

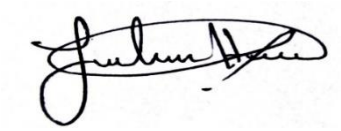
ASUNTO: AUTORIZACIÓN CONSULTA DE HISTORIA LABORAL Y/O EXPEDIENTE CONTRACTUAL.

Autorizo en forma expresa a la ESE Hospital San José De Aguadas, entidad en la cual presto servicios como empleado __ contratista __ para que pueda consultar mi historia laboral __ expediente contractual __, respectivamente, con fines administrativos necesarios para la gestión y para atender requerimientos judiciales, solicitudes de entidades de seguridad social, organismos de inspección y control para efectos de verificación de requisitos de habilitación y acreditación, entre otros.

Dicha autorización se extiende en el tiempo y no tiene límite de caducidad. El tratamiento de mis datos personales debe responder con lo contemplado en la Ley estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Cordialmente,

JULIANA ANDREA HENAO MEDINA
_____
Nombre



_____
Firma

1.055.838.645
_____
Nº. Identificación

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS E.S.E.

CERTIFICA

Que con el fin de comprobar la capacidad de contratación **JULIANA ANDREA HENAO MEDINA,** identificado con la cédula de ciudadanía número N° **1.055.838.645 Aguadas Caldas,** para suscribir contratos con el Hospital San José ESE, de Aguadas, se verificó la ausencia de causales de inhabilidad, incompatibilidad y prohibiciones establecidas en la Constitución, la normatividad vigente y la ley de contratación pública, a través de la consulta en las páginas de la Policía Nacional, La Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, autoridades que certificaron que a la fecha **JULIANA ANDREA HENAO MEDINA**, no registra antecedentes penales, disciplinarios o fiscales y en consecuencia, se encuentra habilitada para contratar con la entidad.

Para constancia se firma en Aguadas Caldas el a los Treinta (30) días del mes de Marzo de 2025

LUZ ADIELA SERNA ARIAS
Profesional Universitario