EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	13/03/2025

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

NOMBRES Y APELLIDOS: John Alexander Cobtano

CARGO: Auxiliar de Enfermeria

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

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

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**

- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

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

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

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

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, _____ de Mayo de 2025

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: John Alexander Castaño Urrea
Cargo Auxiliar de enfermería

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

Cordialmente,

Nombre del Contratista John Alexander Castaño Urrea
CC: 1033709269
Dirección: calle 13- 11-16
Email: Jacu1608@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3102558916



JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

cc. 1033 709 269

Calle 13 #11-16

Portalegre

Teléfono:

3102558916

DATOS PERSONALES LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO: 03 de mayo de 1989

ESTADO CIVIL: unión libre

PERFIL LABORAL

Me caracterizo por ser una persona responsable, honesta, eficaz, respetuosa, cumplido con mi trabajo y mis objetivos propuestos y establecidos, me desempeño muy fácilmente en cualquier campo laboral Y tengo cualidades q me permiten desempeñar mi trabajo en equipo, dispuesto a aprender cada día cosas nuevas.

EXPERIENCIAS Y LOGROS

EMPRESA:	empresa social del estado región salud Soacha
JEFEIMEDIATO:	lida Cifuentes
DIRECCION:	consulta externa Soacha
TELEFONO:	3123569728
CARGO:	Auxiliar de enfermería SALUD PUBLICA

EMPRESA:	Subred sur occidente
JEFEIMEDIATO:	Jazmín Hernández
DIRECCION:	cll 73 a sur #80 N-39
TELEFONO:	3132290583
CARGO:	Auxiliar de enfermería SALUD PUBLICA
EMPRESA:	Subred integrada de servicios de salud norte
JEFEIMEDIATO:	Maritza Serna
DIRECCION:	cra 6 A # 19B - 14
TELEFONO:	3106295847
CARGO:	Auxiliar de enfermería SALUD PUBLICA

CARGO:	Agente de callcenter
EMPRESA:	Atlanntic internacional BPO
JEFEIMEDIATO:	María catalina Gomes
DIRECCION:	Cra. 22 #16868, Bogotá
TELEFONO:	7394150
CARGO:	Agente de Callcenter

FOMACION ACADEMICA

EDUCACION BASICA:	BACHILLER TECNICO COMERCIAL
	Cedid Guillermo Cano Isaza
	Carrera 16 n° 62 35 sur
	Enero del 2005 – diciembre del 2010
EDUCACION SUPERIOR:	Técnico Auxiliar de Enfermería
	Escuela de socorristas desarrollo y acción Fusdesa
	Camillero (APH)
	Codigo Blanco
	Soporte vital básico
	Laboratorio Clínico
OTROS:.	Diplomado de hipertensión y diabetes

Universidad Sanitas

Centro de Servicio Financieros Sena

EXCEL BÁSICO

REFERENCIAS PERSONALES

JOHAM RODRIGUEZ Empleado

Teléfono: 311 861 89 95

ALEJANDRA OSPINA

EMPLEADA

Tel: 310 3599449

REFERENCIAS FAMILIARES

CLAUDIA URREA

Teléfono: 3114906652

INDEPENDIENTE

VIVIANA PENAGOS

Teléfono: 3193528485

FISIOTERAPEUTA

John Alexander Castaño Urrea

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

CC. 1.033.709.269

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.033.709.269
NUMERO

CASTAÑO URREA
APELLIDOS

JOHN ALEXANDER
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

11-MAY-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500106-45161045-M-1033709269-20070716 03911 07197A 02 238427943



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

MERO 1033709269

ELLIDOS Y NOMBRES
CASTAÑO URREA
JOHN ALEXANDER
PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 - DIC	31 - DIC	31
2019	2029	

FESION EMPLEADO

HA DE EXP.: 16-JUL-2008

DISTRITO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 271332207

PIB
06:34:39

Bogotá DC, 13 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033709269:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de mayo de 2025, a las 06:30:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033709269
Código de Verificación	1033709269250513063052

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:26:18 PM horas del 12/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033709269**

Apellidos y Nombres: **CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER**

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.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/05/2025 01:28:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1033709269** y Nombre: **JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA.**

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. **115759091** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Homepage

UTC -5 14:54:21
John alexander ca...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Volver | **Últimas modificaciones** | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor t
6035668	4775-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	11/02/2025 9:56:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	19 días para terminar *(31/05/2025 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	John alexander castaño urrea	
5484706	6873-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.	Entidad Estatal	8/10/2024 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/10/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	John alexander castaño urrea	
5198432	CPS-948-2024	empresa social del estado región de salud soacha.	Entidad Estatal	19/07/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	19/12/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	John alexander castaño urrea	
4328382	6808-2023	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.	Entidad Estatal	17/11/2023 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	31/05/2024 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	John alexander castaño urrea	
2084364	CPS-9143-2021	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. (OFICIAL)	Entidad Estatal	14/10/2021 7:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	22/01/2023 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	John alexander castaño urrea	

Ver más

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141044814091

(415)7707212489984(8020) 000014104481409 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 3 7 0 9 2 6 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTAÑO	URREA	JOHN	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 18 M 61 09 SUR BRR ESCALA I SECTOR

42. Correo electrónico: axel_314@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	7 9 2 1 7 0 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 0 1 1 9	8 6 9 9	2 0 2 0 1 0 1 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 06 - 05 / 23 : 10: 57

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 CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	2025-03-03	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	AUXILIAR ENFERMERIA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castaño	Urrea	John	Alexander

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1033709269	Bogotá	2009-05-11.
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
03-mayo-1989	Bogota	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
...TERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	2	2	3102558916

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 13 # 11-16	Soacha	Cundinamarca	Colombia	3102558916

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
...PORTE	OTRO	CUAL:	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:	N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI	NO X	3699	8699
	NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									# NIT	800006850-3
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X					
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS			
OTRA	CUAL:									

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No. 10 - 60	730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2025-01-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 2.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 4.980.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 6.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 4.980.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 6.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 500.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
CUOTA ALIMENTACION	GASTOS DE SUSTENTACION	BIENES	SUSTENTACION ALIMENTICIA

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sepulveda	Dueñas	Yesid	Alfonso
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TV 66 bis # 48 K 65 sur	Bogota DC.	Amigo	3002344848

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
N/A	cuenta de ahorros	N/A	N/A	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☒ CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de Enfermeña

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

.aro expresamente:

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de d, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto l literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

John Alexander Castaño Urrea

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

SaludTotal

BOGOTA 11 MAYO DE 2025

Señor:
CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER
CC. 1033709269
CR 18 M 61 09 SUR - 2558
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 Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER	1033709269	C	Ene-29-2022	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ASTAÑO PENAGOS ANNIE SALOME	1033831756	R	Sep-24-2022	36	10	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CASTAÑO ABELLA ALAN ESTEBAN	1033791256	T	Ene-29-2022	53	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	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
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	1033709269	Dependiente	CERRADO
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	1033709269	Dependiente	CERRADO
HEALTH SUPPORTH AR SAS	1033709269	Dependiente	CERRADO
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	1033709269	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	1033709269	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	1033709269	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO

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

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con C.C No. 1.033.709.269, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de mayo del 2025.

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castaño	Urrea	John Alexander

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1033709269	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 2545165 D.M. EJ

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 03 MES 05 AÑO 1989	CALLE 13A SUR 11 16 16			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	jacu1608@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2010
										X				

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).

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	17	Mes	11	Año 2023	Día	31	Mes	05	Año	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 9 SUR 39 46 SUR 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	11	Mes	11	Año 2020	Día	07	Mes	02	Año	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 66 15 41 41						

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	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento John Alexander Castaño Urrea 13-05-2025

John Castaño

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 | sigepII

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, John Alexander Castaño Urrea

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1033709269 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 13A SUR 11 16 16 TELÉFONO: 3102558916

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
alan esteban castaño abella	1033791256	HIJO(A)
annie slome castaño penagos	1033831756	HIJO(A)
claudia marina urrea	51997998	MADRE

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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$14.200.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$14.200.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
bancolombia	CUENTA DE AHORROS	56709933073	bogota	31.122.023

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
angie viviana penagos villalobos	C.C. **X** C.E. T.I.	1013652241

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

John Alexander Gaston Urrea
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

13- 07 - 2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 13 de Mayo de 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo John Alexander Castaño Urrea identificado(a) con cedula No. 1033709269 de Bogotá interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de enfermería manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

John Alexander Castaño Urrea

C.C. 1033709269

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

Soacha, 13 **de** Mayo **de 2025**

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

Yo John Alexander Castaño identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1033709269, por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

John Alexander Castaño Urrea
C.C. No. 1033709269

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL Sura

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: John Alexander Castaño Urrea

N.° Documento: 1033709269.

Fecha de Nacimiento: 03 - Mayo - 1989.

Dirección: Calle 13 - 11 - 16.

Teléfono. Fijo – Celular: 3102558916

E-mail: Jacu1608@gmail.com

EPS: Salud total.

AFP: Colfondos

Firma Contratista: John Alexander Castaño Urrea.

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

Medellín, 29 de may de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033709269 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 30/05/2025 **Fecha fin cobertura:** 20/07/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/05/2025 11.00 AM

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

Soacha 13 de Mayo de 2025

Señores:

Escuela de Salud Fusdesa

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

Cordialmente;

Firma John Castaño

N° Documento 1033709269

Tarjeta Profesional N

Dirección de contacto Calle 13 # 11-16.

Teléfono 3102558916

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, John Alexander Castaño Urrea, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1033709269, expedida en Bogota, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SPALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA:** Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 4 de Mayo de

John Alexander Castaño Urrea

Firma y huella



Celular No. 3102558916

Jacu1608@gmail.com.

Correo institucional.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha 13 de Mayo de 2025

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

Yo John Alexander Castaño Urrea con C.C. 1033709269 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,

John Alexander Castaño Urrea
C.C. 1033709269

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: John Alexander
Apellidos: Castaño Urrea
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual:
No. 1033709269
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: John Alexander
Apellidos: Castaño Urrea
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual:
No. 1033709269
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jhon Alexander
Apellidos: Castaño Urrea
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1033709269
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11-03 2021	PFIZER	EN1195 06-21	CSS Simón Bolívar	Rocio Alarcon	51998977
	2	01-04 2021	Pfizer	ER 1742	Simon Bolivar	olga camacho	52055371
			MODERNA	3721A			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22822	Pfizer	PS4004	SRN Galeno		
	2						

Claudia Chicaiza
CC: 27.436.314
Aux. Enfermería
Dios te bendiga

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap* gestantes	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrabica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	22-E22VS022009 V=23-2-23		AJ
Otras				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pùblica

Fecha de generación del carné: sábado, 17 de octubre de 2020 10:38 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1033709269
Nombres y Apellidos	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA		
Fecha de nacimiento:	03/05/1989		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
B	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	12/02/2019	Fiebre Amarilla	P3A11	TERMINAL SATELITAL SUR
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	03/03/2018	Recombax B	1434034	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	12/05/2018	Hepavax Gene	1434034	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	11/08/2018	Hepavax Gene	143403402	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	12/02/2019	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	TERMINAL SATELITAL SUR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institucion vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 20 de octubre de 2020 01:37 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadania	Número de identificación:	1033709269
Nombres y Apellidos	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA		
Fecha de nacimiento:	03/05/1989		

Td	Primera dosis	02/03/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	d2284	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	08/04/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2288	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	16/04/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221501316A	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Cuarta dosis	23/01/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	2338X004AE	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL USME
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				

SupliMed
PARA UN MAÑANA MÁS SANO

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Institución: PARTICULAR

Nombre: JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

Identificación: 1033709269 Tel: 3102558916

Vacuna	Dosis	Fecha aplicación	Lote No.	Firma vacunador
Fiebre Amarilla		13 FEB 2020		Nancy Rodriguez CC 25024299 Aux. de Enfermeria
		Influenza tetravalente/0,5 ml. UI928AC 12JAN19	Lote: Vial:	

Carrera 63 No. 100 - 2[illegible] Tel. 613 9651 - 702 1235 Cel: 313 433 9766 - Bogotá

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

11093300

Nombre:	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA		Fecha de recepción:	27-01-2020 10:19 am	
Identificación:	CC No 1033709269	Tel.	Fecha de impresión:	27-01 -2020 10:55 am	
Edad:	30 AÑOS	Sexo: M	Empresa:	ZAYA CAMACHO RUBY DRA	
Medico:	MEDICOS VARIOS		Sede:	REFERENCIA	
No Ordenamiento:	754844412		Fecha Validación	03-02-2020 10:31 am	Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B Método: HBsAg (antigeno de superficie de la hepatitis B) HBsAg o anti-HBs (antigeno de superficie de la hepatitis B)	655	UI/L	101-1000 UI/L
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS; Ac. Ig G Método: Inmunoensayo Enzimatico EIA	16.4		

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAN
C.C. 20.648.969
BACTERIOLOGA

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9. 0
Bordeline: De 9 .0 a 11. 0
Positivo: Mayor 11. 0

YESICA MARCELA ROJAS ROJO
CC 1.014.183.708
BACTERIOLOGA

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

7 596347 795417

Nombre:	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	Fecha de recepción:	27-01-2020 11:15 am
Identificación:	CC No 1033709269 Tel.	Fecha de impresión:	27-01-2020 11:22 am
Edad:	30 años Sexo: M	Empresa:	ZAYA CAMACHO RUBY DRA
Medico:	MEDICOS VARIOS	Sede:	REFERENCIA
No Ordenamiento:	994877746	Fecha Validación	03-02-2019 10:46:14 am

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS; Ac. Ig G	15.7		

Método: Inmunoensayo Enzimatico EIA
lady317jc@gmail.com Esperanza123*

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Bordeline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor 11.0

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAN
C.C. 20,644,959
BACTERIOLOGA

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa Omnisalud		**Empresa en Misión**		
PARTICULAR		-		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
- 811 037 385-2	- Calle 77 # 20c 56	- (601) 4823257	- BOGOTA	

INFO RMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	**Documento de Identidad**	**Edad**	**Género**
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	CC 1033709269	35 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**	**Estado Civil**
Bogotá	Bogotá	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
	CALLE 13#11-16	3102558916
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
JACU1608@GMAIL.COM	TECNICO	A+

IMC	Hijos	EPS
23.1	2	SALUD TOTAL

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AUXILIAR DE ENFERMERIA	28/10/2024	08:50 am	09:31 am

Lugar de realización examen	Bogotá

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- EXAMENES DE LABORATORIO: (713152)HEMOCLASIFICACION) SE REALIZA

- EXAMEN FISICO: SE REALIZA

- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA

Dirección: cl. 77 # 20 c-56 Teléfonos: 3455773 – 3455774 4823258 www.omnisalud.com.co

- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA
-EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y/O VISUAL: SE REALIZA
ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Recibir Entrenamiento En Normas De Bio-Seguridad Y Uso De Adecuados Elementos De Protección Personal En Sus Funciones Asistenciales, Revisar El Esquema De Vacunación Contra El Tétanos Y La Hepatitis B Determinar Anticuerpos Contra Hepatitis B Siempre Y Cuando Esté Vacunado, Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Reportar Oportunamente Los Accidentes E Incidentes De Trabajo, Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). No Subestimar Los Riesgos Que Le Rodean En Sus Actividades, Mantenerse Atento Para Prevenir Accidentes O Incidentes Que Le Puedan Afectar A Usted, O A Sus Compañeros, Asistir A Las Capacitaciones Y A Los Entrenamientos En Normas De Bioseguridad Y En Prevención Del Riesgo Biológico./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Énfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/

Dirección: cl. 77 # 20 c-56 Teléfonos: 3455773 – 3455774 4823258 www.omnisalud.com.co

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	**- TIPO :** 1	**- GRUPO :** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y/O VISUAL	NORMAL SIN NINGUNA CONTRA INDICACIÓN	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

Dirección: cl. 77 # 20 c-56 Teléfonos: 3455773 – 3455774 4823258 www.omnisalud.com.co

Guomar Pedraza M.
Médico Especializado
Salud Ocupacional

MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC. S.O 7372-10
PEDRAZA MOSQUERA GUIOMAR
51740183
R.M.: 6621

FIRMA DEL TRABAJADOR

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.

ÓPTICA DRA. JENNY GUZMÁN

Cra 21 # 22-92 sur
Bogota D.C
VISIOMETRÍA 3008808648

FECHA: 20-01-2025 DOCUMENTO: CC [ ] CE [ ] 1.033.709.269

NOMBRE: John Alexander Castaño Urrea

EDAD: 35 años OCUPACIÓN Aux de enfermería

U.C.V: Primera vez USA Rx: SI [ ] NO [X]

AGUDEZA VIS VL OD: 30+2 AGUDEZA VIS VP OD: 0.50M
OI: 20- OI: 0.50M-

FOROMETRÍA: COVER TEST
VL Ortho 40cms x' PPC Alejado

EXAMEN EXTERNO: Hiperemia / BUT corto

FONDO DE OJO: Retina aplicada / Exc 0.3

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

H520	[X]	HIPERMETROPIA
H521	[ ]	MIOPIA
H522	[X]	ASTIGMATISMO
H524	[ ]	PRESBICIA

REMISIÓN A:

EXAMEN COMPLETO DE OPTOMETRÍA	SI	[X]	NO	[ ]
OFTALMOLOGÍA	SI	[ ]	NO	[X]
MEDICINA GENERAL	SI	[ ]	NO	[X]

OBSERVACIONES: Se sugiere realizar examen completo por disminución de agudeza visual en ojo derecho

FIRMA:

Jenny Guzmán Aizu
Optómetra FUAA
T.P 53.105.819

Powered by CamScanner

República de Colombia

y en su Nombre

El Colegio CEDID

"Guillermo Cano Isaza"

Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., según
Resolución No. 807 del 28 de Febrero de 2001 y No. 2603 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a

Castaño Urrea John Alexander

Identificado (a) con NIP No. 89050351912

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Especialidad en Contabilidad

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Anotado al Folio No. 10 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 4

Dado en Bogotá, D.C., a los cuatro (4) días del Mes de Diciembre de 2010

Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994. Art.11 del M.E.N.

No requiere registro de la Secretaría de Educación

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO CEDID GUILLERMO CANO ISAZA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA TARDE
CARRERA 16C No. 62-35 SUR MEISSEN
Teléfono: 7650665
Bogotá, D.C.

Inscripción S.E.D. 4688
Inscripción DANE 11100144389

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2010, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del colegio **CEDID GUILLERMO CANO ISAZA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, aprobada mediante reconocimiento oficial según Resoluciones Nos. 807 del 28 de Febrero de 2001 y 2603 del 28 de Agosto de 2002, en el Nivel de Educación Media Técnica, Bachillerato Técnico.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el titulo de:

BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL
Especialidad: Contabilidad

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER
Identificado (a) con NIP No. 89050351912

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 022 del 04 de Diciembre de 2010, consta de 83 alumnos; comienza con el nombre de **ALIPIO RUIZ DIDIER ESNEIDER** y termina con el nombre de **VELANDIA MARÍN ALLISSON SULEY**. Firmada por **MANUEL PÉREZ MORENO** (Rector) y **LEONOR ORJUELA M.** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2010.

No requiere Registro de Secretaria de Educación según, Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

MANUEL PÉREZ MORENO
Rector
C.C. 19136.771 de Bogotá

LEONOR ORJUELA M.
Secretaria
C.C. 51752.558 de Bogotá

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1930 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 044

ACTA INDIVIDUAL N° 338

En Bogotá D.C. a los 29 días del Mes de Junio del año 2019
J H O N A L E X A N D E R C A S T A Ñ O U R R E A
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.033.709.269 De Bogotá D.C;
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 338 del Libro 07 del Registro de FUSDESA

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCIÓN
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN "FUSDESA"

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, émanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

C.C.1.033.709.269 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS. DESARROLLO Y ACCIÓN
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN "FUSDESA"

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 29 Días del Mes de Junio de 2019
Anotado en el Folio 338 Del libro 07 del Registro de FUSDESA.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No A10020 del día 03 del mes de Marzo del año 2020
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033709269, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA, el día 2019-06-29, con el acta 338, registrado en el libro 07, Folio 338, año 2019.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033709269, para ejercer la profesión/ocupación de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033709269, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA , identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033709269, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 03 días del mes de Marzo del año 2020

MARTHA J. FONSECA S.

Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E).
Código de verificación: dcHlzihWLC



webalapro.gov.co/THUCliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHIdentificacion.aspx

CC	1033709269	JOHN	ALEXANDER	CASTAÑO	URREA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 160 y 161 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez evaluadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con CC 1033709269 registra la siguiente información.

2025-05-12 5:53:45 PM

Información Académica

AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-03-03	10020	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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 acrediteren 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).

ASESORIASYCAPACITACIONES
HEALTHTRAININGGROUP
NIT901160737-3CEL3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICAQUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADOCON DOCUMENTONUMERO

C.C.1.033. 709.269

ASISTIOY APROBO EL CURSO

Atención a víctimas de ataques con agentes químicos

Guías de lectura, del 05 de febrero al 06 de febrero de 2024 Taller Práctico Realizado los días 07 y 08 de febrero de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidosporlaley115de1994,Art.42,90,decreto2888del 31dejuliode2007ensupágina9Art38.YlaResolución 2003del 28demayode2014ley 1075 de 2015, acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

LoanteriorsefirmaenBogotáDC.Eldía08delmesdefebrerode2024.

EDISSONOSORIO
GerenteGeneral

CAROLINAMARTÍNEZAMAYA
EnfermeraJefe

ASESORIASYCAPACITACIONES
HEALTHTRAININGGROUP
NIT901160737-3CEL3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICAQUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADOCON DOCUMENTONUMERO

C.C.1.033. 709.269

ASISTIOY APROBO EL CURSO

ATENCIONINTEGRALAVICTIMASDEVIOLENCIASEXUAL

Guías de lectura, del 05 de febrero al 06 de febrero de 2024 Taller Práctico Realizado los días 07 y 08 de febrero de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidosporlaley115de1994,Art.42,90,decreto2888del 31dejuliode2007ensupágina9Art38.YlaResolución 2003del 28demayode2014ley 1075 de 2015, acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

LoanteriorsefirmaenBogotáDC.Eldía08delmesdefebrerode2024.

EDISSONOSORIO
GerenteGeneral

CAROLINAMARTÍNEZAMAYA
EnfermeraJefe

ASESORIASYCAPACITACIONES
HEALTHTRAININGGROUP
NIT901160737-3CEL3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICAQUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

C.C.1.033. 709.269

ASISTIO Y APROBO EL CURSO

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Guías de lectura, del 05 de febrero al 06 de febrero de 2024 Taller Práctico Realizado los días 07 y 08 de febrero de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidosporlaley115de1994,Art.42,90,decreto2888del 31dejuliode2007ensupágina9Art38.YlaResolución 2003del 28demayode2014ley 1075 de 2015, acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

LoanteriorsefirmaenBogotáDC.Eldía08delmesdefebrerode2024.

EDISSONOSORIO
GerenteGeneral

CAROLINAMARTÍNEZAMAYA
EnfermeraJefe

CORREOemergencias.eog1708@gmail.comcelular:3209371146

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

John Alexander castaño urrea

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: agosto 29, 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

ASESORIASYCAPACITACIONES
HEALTHTRAININGGROUP
NIT901160737-3 CEL3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICAQUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADOCONDOCUMENTONUMERO

C.C.1.033. 709. 269

ASISTIOYAPROBOELCURSO

SOPORTEVITAL BASICO BLS

Guías de lectura, del 12 de febrero al 13 de febrero de 2024 Taller Práctico Realizado los días 14 y 15 de febrero de 2024. Curso que sigue los lineamientosestablecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley1075de 2015, acreditando40 horas deeducación continua einformalcon una validezde 2 años.

Loanteriorsefirmaen BogotáDC. Eldía 15delmesde febrero de2024.

EDISSONOSORIO
GerenteGeneral

CAROLINAMARTÍNEZAMAYA
EnfermeraJefe

C.E.D.I.F.

EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

JOHN ALEXANDER Castaño Urrea

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.709.269 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;

CURSO DE PREVENCION Y ATENCION INTEGRAL DEL DENGUE

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de **mayo** de 2025, con una intensidad de 40 horas y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL
C.E.D.I.F.
EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES
NIT. 1.022.398.338-3

JORGE ARMANDO PARDO
FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el siguiente correo: educar.cedif@gmail.com / teléfono: 4425730 - 314 2561702

Certificado Bancario

Jueves, 12 de mayo de 2025

Señor(a)
A quien Le Pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA** identificado(a) con CC **1033709269**, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	567-099330-73	2025/01/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia 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.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario