



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

04

VIGENCIA

15/08/2025

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:

JONATHAN PERALTA
Ginecologo

CARGO:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (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	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos				
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.				
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
12	Registro usuario Secop II				
13	RUT Actualizado				
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
15	Certificado actual de afiliación EPS				
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)				
19	Formato de oferta de prestación de servicios				
20	Formato de Indemnidad				
21	Formato de ARL				
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)				
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES					
*DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)				
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción - reinducción corporativa (Todos)				
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO URGENCIOLOGO					
54	Certificado en formación de sedación				



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

04

VIGENCIA

15/08/2025

ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador			
57	Toma de muestra con fecha de vigencia			
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
58	Retiro e inserción DIU			
59	Retiro e inserción JADELLE			
60	Certificado de formación en toma de citología			
61	Soporte vital avanzado			
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
63	Soporte v tal avanzado			
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia			
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia			
66	Registro único nacional de tránsito RUNT			
67	Licencia de conducción			
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito			
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.			
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA				
70	Soporte vital básico			
71	Primeros Auxilios			
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
INGENIERO BIOMEDICO				
73	Certificado del registro INVIMA			
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea			
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.			
77	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 ALIMENTACIÓN				
78	Certificación de manipulación de alimentos			
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.			
MANTENIMIENTO				
80	Certificado curso de alturas			
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.			
EXPERIENCIA LABORAL				
82	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.
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados 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, 22 de junio 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

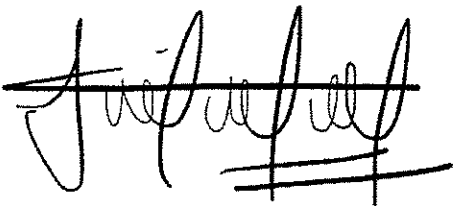
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ

Cargo: GINECOLOGO Y OBSTETRA

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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jonathan Peralta Jimenez', with a horizontal line drawn through the middle of the signature.

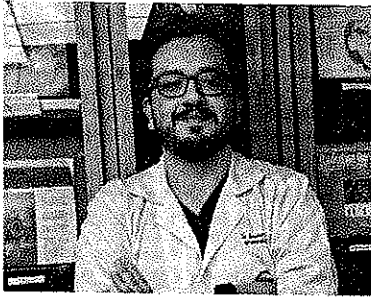
JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ

CC: 1.032.456.951 de Bogotá

Dirección: CARRERA 37 NUMERO 53-72

Email: japeraltaj@unal.edu.co

Teléfono/ Celular: 3208713468



Jonathan Alexander PERALTA JIMÉNEZ

Edad: 31 AÑOS

Dirección: Calle 16 número 58ª-31

Tel:320-871-3468

E-mail:japeraltaj@unal.edu.co

PERFIL PROFESIONAL

Ginecólogo Oncólogo con experiencia en investigación, docencia y salud pública. Formación en cirugía mínimamente invasiva. Profesional serio, responsable y disciplinado, con capacidad para enfrentar situaciones complejas y desafiantes. Destaco por mi habilidad para trabajar en equipo y un alto sentido de pertenencia, contribuyendo eficazmente en entornos multidisciplinarios.

FORMACIÓN ACADÉMICA:

POSTGRADOS:

Instituto Nacional de Cancerología-Universidad
Militar Nueva Granada
Especialista en Ginecología Oncológica.
2022-2024

Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Obstetricia Ginecología
2018 – 2021.

Pontificia Universidad Javeriana
Maestría Epidemiología
2025- actualidad.

UNIVERSITARIOS:

Universidad Nacional de Colombia
Médico Cirujano
2011 - 2017

OTROS

Diplomado en cirugía mínimamente invasiva
en ginecología.
Intensidad horaria teórica-práctica 320 horas.
2020.

IDIOMA EXTRANJERO:

INGLÉS

Dominio del idioma hablado: Bueno

Dominio del idioma escrito: Bueno

Dominio del idioma lee: Bueno

PUBLICACIONES

- Hernández JA, Rodríguez J, Rendón G, Trujillo LM, Beltrán MI, Mantilla C, Echeverry C, Mendoza MA, Gil M, Núñez M, Hernández M, Peralta J, Pareja R. Pelvic lymph node involvement and risk of recurrence in HPV-associated endocervical adenocarcinoma stage IA2-IB1 according to Silva's system in two Colombian cancer centers. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024 Sep;166(3):1232-1239. doi: 10.1002/ijgo.15482. Epub 2024 Mar 28.
- Vieira-Serna S, Peralta J, Viveros-Carreño D, Rodríguez J, Feliciano-Alfonso JE, Pareja R. Sentinel lymph node assessment in patients with atypical endometrial hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2024 Jan 5;34(1):66-72. doi: 10.1136/ijgc-2023-004936. *International Journal of Gynecologic Cancer* Published Online First: 16 November 2023. doi: 10.1136/ijgc-2023-004936
- CAPITULO LIBRO: Jonathan Alexander Peralta Jiménez, Yuri Paola Gómez Angel. Marijeimy Ortiz Fierro. Capitulo 8. Tromboembolismo venoso y embarazo. Libro: Obstetricia: Enfoque integral. Julio 2023.
- Acosta Peñaloza JA, Buitrago L, Rodríguez J, Peralta J, Velasquez J, Saenz J, Lalinde J. Linfadenectomía paraaortica en cáncer de cérvix localmente avanzado: experiencia del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26,4 (Dic.2022). 391-402.
- Peralta J, Echeverri L, Restrepo A, *et al* Gastrointestinal stromal tumor: a rare case of ovarian involvement *International Journal of Gynecologic Cancer* 2022;32:1629-1630.
- Urrego Mendoza, Z. C., Piñeros Cortés, G., Moreno Arévalo, N., Hernández Álvarez, M. E., Calderón Scioville, M. C., Moreno Martinez, D. M., Rojas Ordóñez, M. A., & Peralta Jiménez, J. A. (2021). Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 39(1), 1-8. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340623>
- Acosta J, Rodríguez J, Velasquez J, /221 Paraaortic lymphadenectomy in cervical cancer stage IIIC1r international federation of gynecology and obstetrics 2018: experience at the instituto nacional de cancerología. *International Journal of Gynecologic Cancer* 2020;30:A91-A92
- LIBRO: Peralta J, Lopez J, Arcos H. Precáncer anogenital: Nuevos horizontes para el ginecólogo. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78896>. 2020.
- Peralta-Jiménez, Jonathan A., & Urrego-Mendoza, Zulma C.. (2020). Salud sexual y reproductiva en mujeres víctimas del conflicto armado. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 468-474. Epub October 05, 2020. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.88576>

- Peralta Jiménez, J.A. Muerte fetal intrauterina. Revista controversias en ginecología. Vol. 28. No 2. 2019.

EXPERIENCIA COMO PAR EVALUADOR

- Revisor de artículos como par evaluador Revista International Journal of Gynecological Cancer, desde 2023 hasta la actualidad.
- Revisor de artículos como par evaluador International Journal of Gynecology and Obstetrics, desde Julio 2024 hasta la actualidad.
- Revisor de artículos como par evaluador Revista de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG, desde el 2021 hasta la actualidad
- Revisor de artículos como par evaluador Revista Colombiana de Cancerología, desde el 2024 hasta la actualidad.

DISTINCIONES ACADÉMICAS

ESTUDIANTE DESTACADO.
Instituto Nacional de Cancerología.
Ceremonia de grados 2024 2.

JOVEN INVESTIGADOR

Colciencias - Fondo Nacional de Financiamiento para la Ciencia, la tecnología y la innovación, Fondo Francisco José de Caldas, Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá
28 junio de 2019 - 30 de Junio de 2020.

MEJORES PROMEDIOS EGRESADOS MÉDICOS CIRUJANOS PROMOCIÓN 2017 – II.

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina

TALLERES, SEMINARIOS, Y CONGRESOS

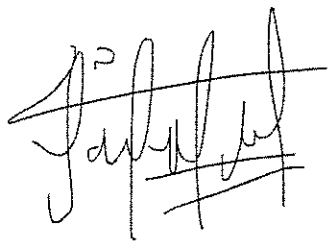
- Programa Jornada Académica "Cáncer ginecológico: Egresados UN- Universidad Nacional de Colombia
- En calidad de conferencista: Presentación Tamización del cáncer cervical: ¿En qué vamos?, mayo 2024.
- XXXIV Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Realizado los días 22-25 de mayo de 2024.
Modalidad presencial.
En calidad de asistente y presentación de proyectos de investigación.
- I Jornada de prevención y detección temprana de cáncer ginecológico – Universidad de Magdalena – Asociación Obstetricia y Ginecología del Magdalena
En calidad de Conferencista: Cáncer de endometrio: Impacto de factores de riesgo y detección temprana abril 2024.

- VI Curso prerural: "Soluciones prácticas a problemas frecuentes". 17-18 de 2021. Modalidad virtual.
En calidad de conferencista: Conferencia: "atención del parto eutócico"
- I Simposio virtual de cirugía endoscópica ginecológica "Generalidades en cirugía laparoscópica": 28 de agosto de 2020.
En calidad de Conferencista-Profesor invitado: Conferencia: "ergonomía y Set-up en laparoscopia".
- Curso virtual: Histerectomía 2020. Todos los jueves del 27 de agosto al 1 de octubre de 2020. Healthcare Insights. Medtronic. Professional affairs & Clinical education. 6 sesiones.
En Calidad de asistente.
- XXXII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Realizado los días 28,29,30y 31 de octubre de 2020. en modalidad virtual. 24 horas de intensidad horaria.
En calidad de asistente.
- Simposio: Avances en el diagnóstico de Cáncer ginecológico y otras enfermedades prevalentes en la Mujer. Realizado el día 18 de Julio de 2020.
En calidad de asistente.
- 2do Simposio interdisciplinario de cirugía robótica: Asociación Colombiana de cirugía robótica. 28 de febrero de 2020.
En calidad de asistente.
- XVII Congreso bienal de Obstetricia y Ginecología. Realizado los días 28,29 y 30 de marzo de 2019.
En calidad de asistente.
- XVIII Congreso de ciencias básicas y especialidades clínicas "Medicina personalizada y avances tecnológicos en medicina" Congreso intermedio colombiana de Cirugía y 2º simposio de medicina crítica y cuidado intensivo hospital Universitario Nacional de Colombia. 19,20,21 de abril de 2018.
En calidad de asistente.
- IV Curso prerural "Conceptos prácticos para el servicio social obligatorio. 18 - 19 de mayo de 2018.
En calidad de conferencista: Conferencia: "Código rojo: Abordaje práctico de la hemorragia obstétrica".

REFERENCIAS LABORALES.

David Andrés Viveros Carreño.
Ginecólogo Oncólogo
Centro de tratamiento e investigación sobre Cáncer Luis Carlos
Sarmiento Angulo- CTIC.
Tel. 3164339612

René Pareja
Ginecólogo Oncólogo
Clínica de las Américas
Instituto Nacional de Cancerología.
Tel. 3148935380



Jonathan Alexander Peralta
Jiménez
CC 1.032456.951 de Bogotá
D.C
Tel +57 3208713468.
Email japeraltaj@unal.edu.co

Fecha de actualización: 25 de
Febrero de 2025.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

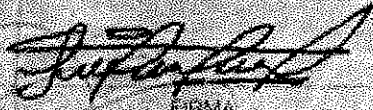
NUMERO **1.032.456.951**

PERALTA JIMENEZ

APELLIDOS

JONATHAN ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1993**

CHAPARRAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

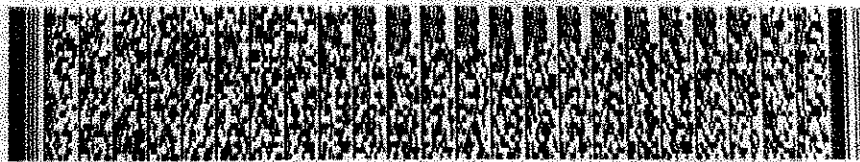
SEXO

02-JUN-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00416714-M-1032456951-20121213

0031891918A 1

1072153824



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO **1032456951**
APELLIDOS Y NOMBRES

PERALTA JIMENEZ

JONATHAN ALEXANDER
PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2023	2033	2043

PROFESIÓN

BACHILLER

FECHA DE EXP.:

24 ENE 2014



Prop. 341

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NAVAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tomar posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



03338692



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 276693232**



PIB

07:49:35

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de julio 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) JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032456951:

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 Relacionamento 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.

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

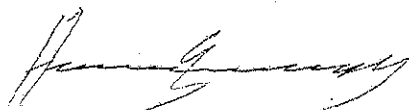
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de julio de 2025, a las 07:52:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032456951
Código de Verificación	1032456951250722075243

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





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:54:29 AM horas del 22/07/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1032456951**

Apellidos y Nombres: **PERALTA JIMENEZ JONATHAN 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.



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



**CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR
DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS**

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:12:48 horas del 12/09/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1032456951**,
Apellidos y Nombres **PERALTA JIMENEZ JONATHAN ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE REGION DE SALUD SOACHA**, con NIT **800006850-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



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

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1032456951 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 09/09/2025 01:06 PM



Código Verificación: FAZTWNH9SX

Valida hasta: 09/11/2025

Dirección de Gobierno Digital

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



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C103245695100257842

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMÉNEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1032456951 y T.P. o R.M. No. 1032456951 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el martes 22 julio 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



Cachi

Hoy a la(s) 4:44 p.m.



4:41

4G

Configuraciones de Perfil

Datos del usuario guardados

Información del usuario

Cargo: Ginecólogo
Título: Dr(a)
Nombre: Jonathan Alexander
Apellidos: Peralta Jiménez
Fecha de nacimiento: 1/06/1993
Nivel Educativo: Posgrado
Género: Hombre
¿Tiene alguna discapacidad?: Si / No
Nombre y apellidos: Jonathan Alexander Peralta Jiménez
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1032456951
Dirección: Carrera 37 número 53-72
Código postal: 4
Estado: Bogotá
País: COLOMBIA
Correo electrónico: japeraltaj@unal.edu.co
Teléfono: 3208713468
Celular: 3208713468

Configuración

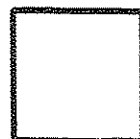
Zona horaria: (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma: Español (Colombia)
Configuración regional: Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad: ¿Cuál es tu apodo?
Respuesta: Jony
SMS para recuperar la contraseña: 3208713468

ORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda

secop.gov.co



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 14879048613			
		 (415)7707212489984(8020) 0000014879048613			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 2 4 5 6 9 5 1		6. DV 4	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 3 2 4 5 6 9 5 1	
27. Fecha expedición		28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		31. Primer apellido PERALTA		32. Segundo apellido JIMENEZ	
33. Primer nombre JONATHAN		34. Otros nombres ALEXANDER		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA 1 6 9	
39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		41. Dirección principal CL 75 65 48 AP 204	
42. Correo electrónico japeraltaj@unal.edu.co		43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 8 7 1 3 4 6 8	
45. Teléfono 2		CLASIFICACIÓN			
Actividad económica		Actividad principal		Actividad secundaria	
46. Código 8 6 2 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 2 0 9		48. Código 1	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código 52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 1 6 5 2					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
16- Obligación facturar por ingresos bienes					
52- Facturador electrónico					
Usuarios aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 2022 - 11 - 29 / 09 : 00 : 39					
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.					
Firmé del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre PERALTA JIMENEZ JONATHAN ALEXANDER					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45	
				Version		0	
				Vigencia		06/07/2022	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT							
FECHA:	2025-07-22	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 5.2.2.2.1, 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	☒	SERVIDOR PUB	☐
				OTRO	☐	CUAL: _____	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PERALTA		JIMENEZ		JONATHAN		ALEXANDER	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒		1,032,456,951		BOGOTA		2011-06-02	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1993-06-01		CHAPARRAL-TOLIMA		COLOMBIA		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				1		1	
						3208713468	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							
MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☒ OTRO ☐ CUAL: _____							
PROFESION / OFICIO							
CONTRATISTA							
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
CARRERA 37 NUMERO 53-72		BOGOTA		BOGOTA		COLOMBIANA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TELEFONO RESIDENCIA	
JAPERALTIA@UNALE.EDU.CO						3208713468	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:	
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. ☐		N/A		N/A		N/A	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD: N/A	
		CUAL: _____					
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		PENSIONADO ☐		CUAL:	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		EMPLEADO PUBLICO ☐			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA			
		SI ☒ NO ☐		8621			
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐			
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☒	
		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		ROMBE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
		SI ☐ NO ☒		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		RNTI		899599092	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENEROETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐							
OTRA ☐		CUAL: _____					

 MINISTERIO DE SALUD REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45					
				Version		0					
				Vigencia		06/07/2022					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDADA/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS			
CL. 1 #9-85		(601) 3905012		BOGOTA		BOGOTA		COLOMBIA			
CARGO ACTUAL		GINECOLOGO ONCOLOGO		FECHA VINCULACION		2024-09-02					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO											
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACION FINANCIERA											
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS \$ 10,500,000			GASTOS FAMILIARES \$ 3,000,000			AHORROS		SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS			ARRENDOS \$ 2,900,000			INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO			
ARRENDOS			CUOTA VEHICULO			VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS			
COMISIONES			CUOTA VIVIENDA			PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS			
OTROS INGRESOS*			OTROS EGRESOS*			OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS \$ 10,500,000			TOTAL EGRESOS \$ 7,900,000			TOTAL ACTIVOS \$ 0		TOTAL PASIVOS \$ 0			
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS			DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
N/A			N/A			N/A		N/A			
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					
JIMENEZ				DIANA		CRISTINA					
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO V / O EXTENSION/CELULAR					
CARRERA 37 NUMERO 53-72		BOGOTA		MAMA		3208713468					
7. REFERENCIA FINANCIERA											
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO			
BANCOLOMBIA		AHORROS		42280187075		VIRTUAL					
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 EXTRANJERA REALIZADAS:											
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐								CUAL:			
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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion 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.):											
GINECOLOGO											
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita 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 ilícitas 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 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.											
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.											
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a 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											



FORMATO SARLAFT

Codigo

TH_FTO_45

Version

0

Vigencia

06/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
- NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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 Ley 1581 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
- 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras 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 General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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, Fiscoidea, 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 capítulo 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 mí.
- 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
- 9. AUTORIZACION:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

EPS**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA**

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1032456951** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032456951
NOMBRES Y APELLIDOS	JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	300
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 22/07/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 6115, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epsura.com



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.032.456.951, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PERALTA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JIMÉNEZ	NOMBRES JONATHAN ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 1032456951	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 1032456951	D.M. 5Z
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 01 MES 06 AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 75 numero 65-48 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. TELÉFONO EMAIL japeraltaj@unal.edu.co	

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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	07	2024	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	01	2021	1032456951
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2017	1032456951

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3208713468			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2022	Día		Mes	Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA			DEPENDENCIA AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA					DIRECCIÓN CALLE 10 1 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	01	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE PRESTACION DE SERVICOS					DIRECCIÓN Calle 13 No. 10-48						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
				Día: 01 Mes: 08 Año: 2017				Día: 31 Mes: 12 Año: 2017			
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección			

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:			
ÁREA DE CONOCIMIENTO				NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN			

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	3	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

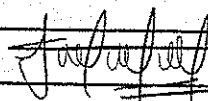
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogota, DC. 22 de Julio de 2025.



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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, Jonathan Alexander Peralta Jiménez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1032456951

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAÍS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: calle 75 numero 65-48

TELÉFONO: 3208713468

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Sophia Victoria Peralta Ruiz	1032456951	HIJO(A)

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
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	\$798.000
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$9.574.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$10.372.000

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	42280187075	VIRTUAL	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	KUT426	72.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DAVIVIENDA	CREDITO VEHICULO	100.000.000
COMEDAL	CREDITO EDUCATIVO	40.000.000
ICETEX	CREDITO EDUCATIVO	42.000.000

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
------------------------------------	------------------

e) En la actualidad SI NO

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C.

C.E.

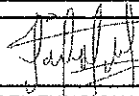
T.I.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOACHA 22 JULIO 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN 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, 22 de junio de 2025

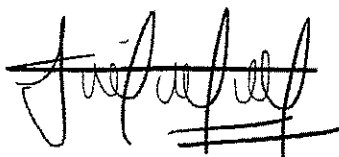
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ identificada(a) con cedula No. 1.032.456.951 de BOGOTA, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Ginecologo y obstetra, 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,



C.C. 1.032.456.951 DE BOGOTA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

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.

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

Soacha, 22 de julio de 2025

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

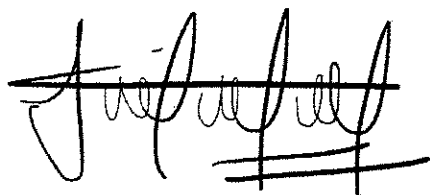
E. S. M.

Yo JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.032.456.951 de Bogotá, por medio del presente documento mepermiso 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,



C.C. No. 1.032.456.951 de Bogotá

 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 AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: JHONATAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ _____

N.º Documento: 1032456951 _____

Fecha de Nacimiento: 01/06/1993 _____

Dirección: CARRERA 37 53 72 _____

Teléfono. Fijo – Celular: 3208713468 _____

E-mail: JERALTAJ@UNAL.EDU.CO _____

EPS: SURA EPS _____

AFP: PORVENIR _____

Firma Contratista: Jhonatan Peralta _____

.....

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.



INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento: C.C.
Número de documento: 1032456951
Nombre: JONATHAN ALEXANDER PERALTA
JIMENEZ
Fecha Inicio contrato: 01/09/2025
Fecha Fin contrato: 31/10/2025
Fecha Inicio cobertura: 12/09/2025
Número contrato: 14175
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 1
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 11/09/2025 12:35:30 p. m.

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

Soacha, 22 DE JULIO DE 2025

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ 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 Artículo 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”.

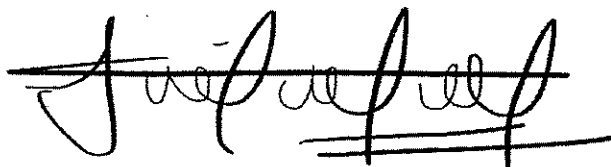
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de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

OBSTETRA Y GINECOLOGO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma:



N° Documento 1.032.456.951 de Bogotá _____

Tarjeta Profesional N° 1.032.456.951

Dirección de contacto: CARRERA 37 N 53-72 _____

Teléfono: 3208713468

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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

Yo, JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.032.456.951, expedida en Bogotá en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **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 especificar las 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 pudiese 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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

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

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

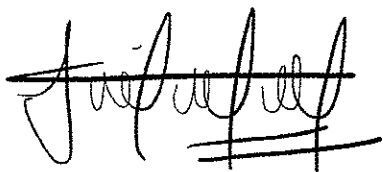
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA -- SECRETO PROFESIONAL	

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 22 DE JULIO DE 2025




Firma y huella

3208713468

Celular No.

JAPERALTAJ@UNAL.EDU.CO

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, 22 de julio de 2025.

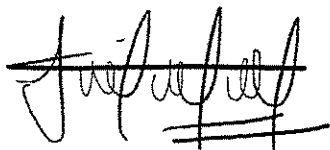
Señores

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

Yo JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ con C.C. 1.032.456.951 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: artículo 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,



 C.C. 1.032.456.951 de Bogotá



¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,

PERALTA JIMENEZ JONATHAN ALEXANDER

¡Nos encanta tenerte
como miembro de la familia
de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

- [Condicionado de mi seguro de RC médica.](#)
- [Guía interactiva del asegurado.](#)
- [Certificado de seguro.](#)
- [Portafolio.](#)

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo [clic aquí](#).

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

ORTEGON LARROTA ANDRES AUGUSTO

Móvil: 3108771673

Email: ANDORTLAR@GMIAL.COM

No olvides ingresar a [clientes.mapfre.com.co](#) para registrarte en la plataforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a [mapfretécuidamos.com.co](#) para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de novedades, tips, eventos:



@mapfreco



@MAPFRE_CO



@MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

[mapfre.com.co](#)

R+C MÉDICA
MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME



INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	COMERCIO ELECTRONICO	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.
TOMADOR PERALTA JIMENEZ JONATHAN ALEXANDER		NIT / CC 1032456951	DIRECCIÓN KR 37 # 53 - 72	CIUDAD BOGOTA D.C.	TELEFONO 8713468
ASEGURADO PERALTA JIMENEZ JONATHAN ALEXANDER		NIT / CC 1032456951	DIRECCIÓN KR 37 # 53 - 72	CIUDAD BOGOTA D.C.	TELEFONO 8713468
ASEGURADO N.D.		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
ORTEGON LARROTA ANDRES AUGUSTO	ADM	11989	3108771673	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DÍA	MES	AÑO	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
29	7	2025	TERMINACIÓN	00:00	28	7	2026	365	TERMINACIÓN	00:00	28	7	2026	365

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD: GINECOLOGIA ONCOLOGICA
ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA ONCOLOGICA
DIRECCION DEL RIESGO:
DEPARTAMENTO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL
CIUDAD: BOGOTA D.C.



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	\$500.000.000,00	10 % PERD Min: 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$200.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m, aux o dependiente	\$500.000.000,00	10 % PERD Min: 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$500.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro



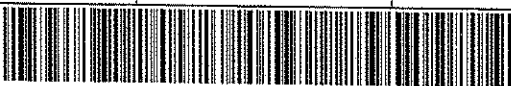
Contacta con nosotros:



Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
3077024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624
Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 323.752,00	\$ 20.000,00	\$ 343.752,00	\$ 65.313,00	\$ 409.065,00



* (415) 7707289180026 (8020) 031874129633 (3900) 0000409065 (96) 20250728 *

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARÁ LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLÁUSULAS

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD

AMPARO

R.C. COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MÉDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LÍMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL, SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

BÁSICO:

VALORES ASEGURADOS DE \$25.000.000 A \$125.000.000: 10% MÍNIMO \$ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE \$150.000.000 A \$1.500.000.000: 10% MÍNIMO \$ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MÉDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIA/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- R.C. PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR INTEGRALMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048, CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETENCIÓN Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACIÓN O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCIÓN 2505 DE DICIEMBRE 2003, AGENTE RETENEDOR DEL IVA, SOMOS AUTORETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 8098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 3 DECRETOS 1162/00

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT 891.700.037-8 PBX: +60 (1) 6503300 fax: +60 (1) 6503400 www.mapfre.com.co - clientes.mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTÍCULO
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTÍCULO PÓLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

20

20

20



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010645314

Fecha de generación del carné: sábado, 23 de octubre de 2021 10:32 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1032456951
Nombres y Apellidos	JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ
Fecha de nacimiento:	01/06/1993

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				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	25/02/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL ENGATIVA II SEDE PRINCIPAL CALLE 80
	Segunda dosis	18/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL ENGATIVA II SEDE PRINCIPAL CALLE 80
DT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
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	11/01/2010	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	15/02/2010	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	17/03/2010	Engerix B Adultos		
	Refuerzo	11/11/2016	Engerix B Adultos	AHBVC536BL	INMUNOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO IDE SAS - SEDE CHAPINERO
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

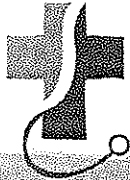
Institución vacunadora: 110010645314

Fecha de generación del carné: sábado, 23 de octubre de 2021 10:32 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1032456951
Nombres y Apellidos: JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ
Fecha de nacimiento: 01/06/1993

Hepatitis B segundo esquema	Tercera dosis		
	Refuerzo		
Influenza	Única		
Meningococo	Única		
Meningococo Conjugado	Única		
Meningococo Polisacárido	Primera dosis		
Neumo Conjugado	Única		
Neumo Polisacárido	Primera dosis		
Neumococo	Refuerzo		
	Primera dosis		
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	10/09/2003	Sarampión -Rubéola
	Primera dosis	29/09/2009	Toxoide Tetánico y diftérico
	Segunda dosis	04/12/2009	Toxoide Tetánico y diftérico
	Tercera dosis	26/12/2013	Toxoide Tetánico y diftérico
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		



Salud Ocupacional y Medicina General

Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.933

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27	01	2023	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
PERALTA JIMÉNEZ JONATHAN ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	29 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC	1032456951
				Teléfonos		Tipo	Número
Cargo MEDICO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
N/A							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : OPTOMETRIA ANUAL		USO DE EPP : Estricto uso durante jornada laboral			HABITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA OPTOMETRICA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 30 MINUTOS DIARIOS		
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL PREVENTIVA ANUAL		OTROS : SEGUIR MEDIDAS PREVENTIVAS DE CONTAGIO DE COVID 19					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: <u>Diana Marcela Gil R</u>				Firma: <u>Jonathan Peralta</u>			
Nombre: GIL RAMIREZ DIANA MARCELA				Nombre: PERALTA JIMÉNEZ JONATHAN ALEXANDER			
R. M.: 86114-2010 L.S.O.: 0683				CC: 1032456951			
Código de Seguridad Y367E1K13933							



CERTIFICADO HISTORIA CLINICA DE PRE-INGRESO
UNIDAD MÉDICO QUIRÚRGICA Y ODONTOLÓGICA SANTA CAROLINA
Licencia En Salud Ocupacional Nro. 25-1220 de 31 de Julio de 2017

1. INFORMACION GENERAL

Nombre	Jonathan Alexander Peralta Jiménez	Documento	1032456951	Fecha Actual	10/08/2025
Lugar De Nacimiento	Departamento Chaparral.	AFP	Porvenir		
	Municipio Tolima.				
Género	Masculino	EPS	Sura EPS		
Dirección Actual	Calle 75 # 65-48	ARL	No tiene		
Celular	3208713468				
Empresa Usaria	Particular	Departamento	Bogotá D.C.	Fecha Nacimiento	01/06/1993
Ocupación	Ginecólogo y Obstetra	Municipio	Bogotá D.C.	Edad	32 años
		Escolaridad	Postgrado	Actividad Económica	Sector De Servicios
Examen con Énfasis en Alturas		No		Estado Civil	Soltero
Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Si			
Examen Post-Incapacidad		No			

EXAMENES LABORATORIO REALIZADOS: Ninguno

OTROS EXAMENES REALIZADOS:

EXAMEN DE OPTOMETRIA	No Realizada
VISIONOMETRIA	20/20 bilateral con lentes
AUDIOMETRIA	No Realizada
ELECTROCARDIOGRAMA	No Realizada

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Para La Labor Sin Restricción

RECOMENDACIONES

Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar.

Capacitar Y Entrenar En El Adecuado Uso De Los Elementos De Protección Personal Que La Empresa Le Suministra Para El Desempeño De Su Trabajo De Manera Segura

Utilizar Los Elementos De Protección Personal Requeridos Para La Realización De Las Tareas Propias De La Ocupación A Desempeñar.

RESTRICCIONES: Ninguna

OBSERVACIONES

Certifico que los datos suministrados son verídicos y que no he ocultado ninguna información requerida relacionada con mis antecedentes y estado actual de salud. Autorizo para dar a conocer el Resultado de este concepto médico al Empleador y en los siguientes casos:

- a) Cuando medie mandato judicial.
- b) Por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado.
- c) Por solicitud de las entidades competentes de previsión y seguridad social.
- d) Las demás personas determinadas en la ley.

(Resolución 6398 de 1991 y Resolución 1995 de 1999)

FIRMA, DATOS Y REGISTRO DEL MEDICO QUE REALIZA LA EVOLUCION

Médico Tratante

Vanessa Forero

Registro Médico

SO 13486-2017

Vanessa Forero Vásquez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 25502-2005 - Licencia SO 13486-2017
C.C. 32.691.721

Firma y Cédula Paciente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE
Médico Cirujano

A

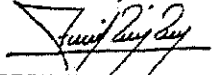
Jonathan Alexander Peralta Jiménez

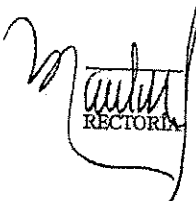
C.C. 1.032.456.951 de Bogotá, D.C.

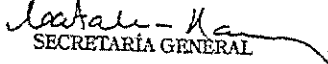
QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIA TOMA DEL JURAMENTO DE RIGOR,
OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 26 días del mes de julio de 2017


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORIA


SECRETARÍA GENERAL

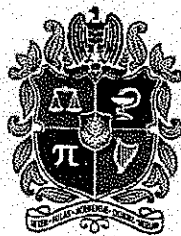
REGISTRO No. 3744, Folio 50 del Libro de Diplomas No. 5
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE

Medicina

0159219

100

100



La Universidad Nacional de Colombia

Teniendo en cuenta que

Jonathan Alexander Peralta Jimenez

C.C. 1032456951 de Bogotá D.C.

cumplió satisfactoriamente todos los requisitos académicos reglamentarios
del Plan de Estudios de Posgrado, le confiere el Título de

Especialista en Obstetricia y Ginecología

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 20 días del mes de abril de 2021

Decanatura de Facultad

Dorey Montoya
Rectoría

Camila Lora
Secretaría General

Registro No 3463, Folio 31 del Libro de Diplomas n.º 5
de la Facultad de Medicina. Sede Bogotá



Universidad Nacional - Plataforma eTítulo

20/04/2021 11:29:34 COT -05



<http://etitulo.com/validare/v/TT87-ROAK-OF1O-TA24-H161-8036-1742-59>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 003429

El Consejo de Facultad en su sesión del día 4 de marzo de 2021 - Acta No. 08

CONSIDERANDO QUE

Jonathan Alexander Peralta Jimenez

C.C. 1032456951 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Obstetricia y Ginecología

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 63127, consignado en el Registro No. 3463, Folio 31 del Libro 5

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 4 días del mes de marzo de 2021

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad



Universidad Nacional - Plataforma eTítulo



<http://etitulo.com/validar/v/ST67-RDAR-OPLO-TSP1-8161-6936-1908-89>

20/04/2021 11:29:40 CDT -05

SECRETARÍA
Consejo de Facultad



libertad y Orden

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

EN CONSIDERACIÓN A QUE:

JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMÉNEZ

C.C. 1.032.456.951 EXPEDIDA EN BOGOTÁ, D.C.

HA CUMPLIDO EN

INSITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA

EN CONSTANCIA SE FIRMA EL PRESENTE DIPLOMA EN BOGOTÁ, D.C.

A LOS 20 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024.

RECTOR

VICERECTORA ACADÉMICA

DECANO

ACTA DE GRADO NO. 2124
REGISTRO NO. 2124

JEFE DIV. ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR (A)

REGISTRO OFICIAL
ANOTADO AL FOLIO 58 LIBRO 8
BOGOTÁ D.C. REPÚBLICA DE COLOMBIA
DÍA 20 MES AGOSTO AÑO 2024

100

100

VICEDECANATURA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE MEDICINA SEDE BOGOTÁ
Y ASOCIACIÓN DE EXALUMNOS DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, AEXMUN

CERTIFICAN QUE

Jonathan Alexander Peralta Jimenez
IDENTIFICADO CON C.C. 1032456951

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN
GINECOLOGIA

INICIO: 03 de Febrero de 2020

MODALIDAD: Presencial

INTENSIDAD: 320 horas teórico-prácticas (Dos meses de duración)

DADO EN BOGOTÁ, EL 31 DE MARZO DE 2020

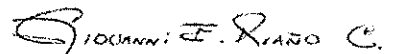
El presente certificado se otorga en el marco del Convenio de cooperación del 21 de enero de 2013, suscrito entre la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia – sede Bogotá y la Asociación de Exalumnos de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (Aexmun).



OSWALDO A. BORRÁEZ G.
PRESIDENTE AEXMUN

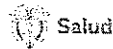


MARÍA FERNANDA LARA D.
SECRETARIA DE FACULTAD
FACULTAD DE MEDICINA



GIOVANNI ENRIQUE RIAÑO C.
COORDINADOR DEL DIPLOMADO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JONATHAN ALEXANDER PERALTA

JIMÉNEZ

CC 1032456951

MÉDICO

Universidad Nacional De Colombia
Bogotá, D.C.

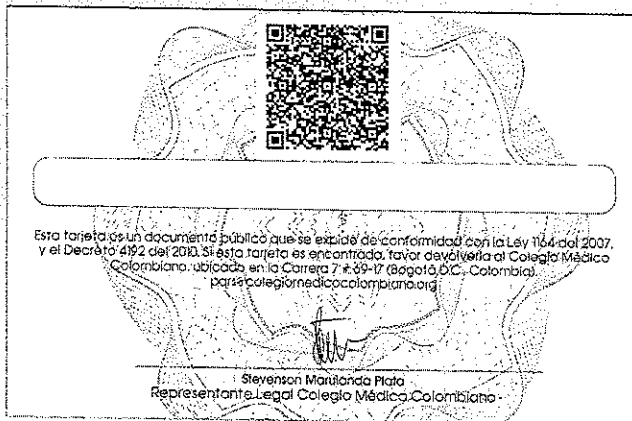
GRADO: 26/07/2017

ReTHUS: 25/01/2021

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA
ONCOLÓGICA



QR DIGITAL



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC

CC	1032456951	JONATHAN	ALEXANDER	PERALTA	JIMENEZ
					Vigente
					Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ identificado(a) con CC 1032456951 registra la siguiente información:

2025-08-06 -10:02:12 AM

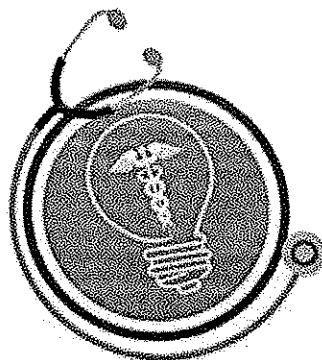
Información Académica

ESP	Local	ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	2021-04-20	85017	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2021-01-25	80064	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA	2024-08-20	130207	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA (NO APLICA)	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
-------------------	-------	----------------------	------------	------------	---------------	----------	---------------------------

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (reTHUS).



SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Jonathan Alexander Peralta Jiménez

C.C. 1.032.456.951

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON
AGENTES QUIMICOS**

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1971 DE 2019
EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267.

**DADO A LOS 20 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025, CON UNA
DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS**

Ivan Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD



Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Jonathan Alexander Peralta Jiménez

CC: 1032456951

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO
CON ENFOQUE PSICOSOCIAL**
Para: **Médico Cirujano**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico, Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 26 del mes de diciembre del 2024 con una intensidad de 80 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla • Tel: 339 84 88 • Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com

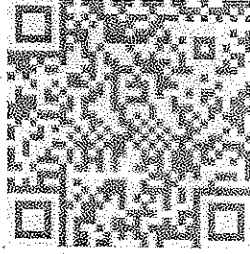

Directora Académica.

JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA



Representante Legal

VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

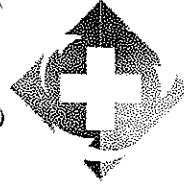
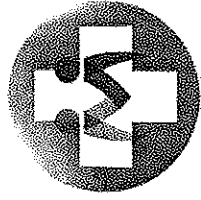
CERTIFICA QUE:

Jonathan Alexander Peralta Jiménez

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión: agosto 5, 2025



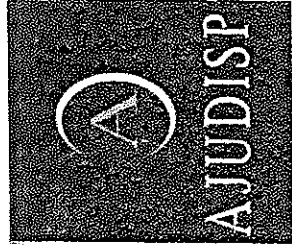
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

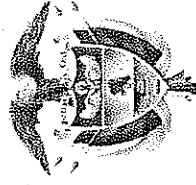


CUNDINAMARCA
QUE PASA
EN CONCIENCIA Y PAZ





ASOCIACION AJUDISP BOGOTÁ-COLOMBIA



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

CERTIFICA:

QUE: **JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMÉNEZ**

C.C 1032456951 DE COLOMBIA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DENGUE Y FIEBRE AMARILLA

INTENSIDAD DE 40 HORAS



[Signature]

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios

Sociales y Políticos

NIT: 901.364.935-1

AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP

NIT: 901364935-1

DADO EN BOGOTÁ CUNDINAMARCA A LOS 28 DIAS DEL MES DE JULIO
DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

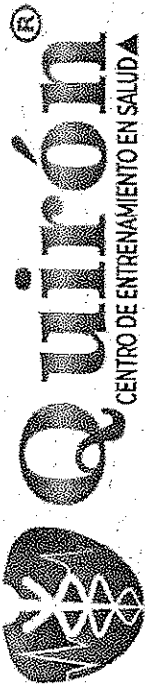
Rafael Iván González Figueroa

Presidente AJUDISP

C.C. 1.012.362.780

AJUDISP Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Jonathan Alexander Peralta Jiménez
CC: 1032456951

En el Curso de: CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y

TEJIDOS

Para: Médico Cirujano

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico – Práctico, Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315, Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021

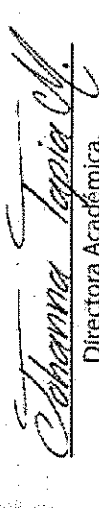
Realizado el 26 del mes de diciembre del 2024 con una intensidad de 48 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla • Tel: 339 84 88 • Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com

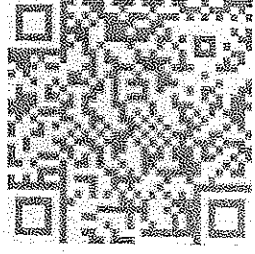

Directora Académica.

JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA



Representante Legal

VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ

C.C. 1032456951

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Avanzado (ACLS)

*Con una intensidad de 48 horas
El presente se expide el 04 de Junio de 2025*


Jorge Eduardo Caro Caro
C.C. 79.045.743

Referente Ginecología y Obstetricia





Carlos Alberto Marín Pérez
C.C. 80.820.214
Médico Emergenciólogo

(10)

(10)

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

JONATHAN ALEXANDER PERALTA JIMENEZ

C.C. 1032456951

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico (BLS)

*Con una intensidad de 20 horas
El presente se expide el 04 de junio de 2025*


Jorge Eduardo Caro Caro
C.C. 79.045.743

Referente Ginecología y Obstetricia





Carlos Alberto Marín Pérez

C.C. 80.820.214

Médico Emergenciólogo

20

20

Julio 02 de 2024

Certificado No: 515

Continuación del certificado del Doctor Jonathan Alexander Peralta Jimenez.

- Controlar la correcta y oportuna formulación y solicitud de todas las pruebas diagnósticas a que hubiere lugar en los términos y tiempos fijados en el procedimiento administrativo de la Entidad.
 - Orientar a los alumnos de pregrado y postgrado en la planeación, ejecución y publicación de los diferentes trabajos que se realicen en la institución con el apoyo de la entidad para presentar los trabajos ante el comité pertinente.
 - Impartir docencia a los estudiantes de pregrado y postgrado en las áreas médica, paramédica y quirúrgica de su competencia.
 - Coordinar con el Grupo Área Docencia su participación en los eventos de educación continuada que se realicen en la institución.
3. El Instituto Nacional de Cancerología ESE, suscribió contrato docente asistencial No 050 de 2023, sin vínculo laboral para realizar estudios de Especialización en **GINECOLOGIA ONCOLOGICA**, en la categoría de **ESPECIALISTA EN ENTRENAMIENTO GRADO II**, por el término de cinco (05) meses contados a partir del 01 de agosto de 2023. El valor total del contrato fue de veintinueve millones de pesos con 00/100 (\$29.000.000.00) MCTE.

OBLIGACIONES PARTICULARES:

- Cumplir con los deberes que establezca con el Grupo Área Docencia en forma específica para cada área y nivel académico lo cual estará de acuerdo con las circunstancias y será compatible con los deberes generales.
- Presentar y aprobar las rotaciones Intra y Extramurales, exámenes escritos y/o orales sobre conocimientos y habilidades profesionales inherentes a su área y nivel académico de acuerdo con el Grupo Área de Docencia.
- Las demás que surjan durante la vigencia del contrato.

OBLIGACIONES ASISTENCIALES:

- Cumplir con las normas internas del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
- Efectuar revista a los pacientes bajo su cuidado.
- Cumplir con los turnos que le sean asignados por el Grupo Área Docencia.
- Responsabilizarse por la correcta evolución de las historias clínicas por parte de los residentes e internos de acuerdo con la normatividad institucional sobre el diligenciamiento de la historia clínica con el aval de los docentes respectivos.
- Asistir a las consultas o unidades de terapia y laboratorios especializados prestando sus servicios y recibiendo e impartiendo docencia de acuerdo con el área.
- Responsabilizarse con el personal médico y administrativo del diligenciamiento de los procesos y formatos en que fuere necesario su concurso.

100

100

Julio 02 de 2024

Certificado No: 515

Continuación del certificado del Doctor Jonathan Alexander Peralta Jimenez.

- Controlar la correcta y oportuna formulación y solicitud de todas las pruebas diagnósticas a que hubiere lugar en los términos y tiempos fijados en el procedimiento administrativo de la Entidad.
 - Orientar a los alumnos de pregrado y postgrado en la planeación, ejecución y publicación de los diferentes trabajos que se realicen en la institución con el apoyo de la entidad para presentar los trabajos ante el comité pertinente.
 - Impartir docencia a los estudiantes de pregrado y postgrado en las áreas médica, paramédica y quirúrgica de su competencia.
 - Coordinar con el Grupo Área Docencia su participación en los eventos de educación continuada que se realicen en la institución.
4. El Instituto Nacional de Cancerología ESE, suscribió contrato docente asistencial No 028 de 2024, sin vínculo laboral para realizar estudios de Especialización en **GINECOLOGIA ONCOLOGICA**, en la categoría de **ESPECIALISTA EN ENTRENAMIENTO GRADO II**, por el término de siete (07) meses contados a partir del 02 de enero de 2024. El valor total del contrato es de cuarenta y cuatro millones seiscientos sesenta mil pesos con 00/100 (\$44.660.000.00) MCTE.

OBLIGACIONES PARTICULARES:

- Cumplir con los deberes que establezca con el Grupo Área Docencia en forma específica para cada área y nivel académico lo cual estará de acuerdo con las circunstancias y será compatible con los deberes generales.
- Presentar y aprobar las rotaciones Intra y Extramurales, exámenes escritos y/o orales sobre conocimientos y habilidades profesionales inherentes a su área y nivel académico de acuerdo con el Grupo Área de Docencia.
- Las demás que surjan durante la vigencia del contrato.

OBLIGACIONES ASISTENCIALES:

- Cumplir con las normas internas del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
- Efectuar revista a los pacientes bajo su cuidado.
- Cumplir con los turnos que le sean asignados por el Grupo Área Docencia.
- Responsabilizarse por la correcta evolución de las historias clínicas por parte de los residentes e internos de acuerdo con la normatividad institucional sobre el diligenciamiento de la historia clínica con el aval de los docentes respectivos.
- Asistir a las consultas o unidades de terapia y laboratorios especializados prestando sus servicios y recibiendo e impartiendo docencia de acuerdo con el área.
- Responsabilizarse con el personal médico y administrativo del diligenciamiento de los procesos y formatos en que fuere necesario su concurso.

(25)

(25)

Julio 02 de 2024

Certificado No: 515

continuación del certificado del Doctor Jonathan Alexander Peralta Jimenez.

- Controlar la correcta y oportuna formulación y solicitud de todas las pruebas diagnósticas a que hubiere lugar en los términos y tiempos fijados en el procedimiento administrativo de la Entidad.
- Orientar a los alumnos de pregrado y postgrado en la planeación, ejecución y publicación de los diferentes trabajos que se realicen en la institución con el apoyo de la entidad para presentar los trabajos ante el comité pertinente.
- Impartir docencia a los estudiantes de pregrado y postgrado en las áreas médica, paramédica y quirúrgica de su competencia.
- Coordinar con el Grupo Área Docencia su participación en los eventos de educación continuada que se realicen en la institución.

Dada en Bogotá, a los dos (02) días del mes de julio de 2024.

NOTA: Los certificados que presenten enmendaduras o tachones no tendrán validez alguna.

Cordialmente,



LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE

Subdirectora General de Gestión Administrativa y Financiera con delegación de funciones de Coordinadora del Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano.

SGGAF/REPM/Fanny.



