

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado	
80438801	JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS	3 minutos de tiempo transcurrido *(7/07/2020 5:44:56 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3 minutos de tiempo transcurrido *(7/07/2020 5:44:56 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	
900971006	SUB RED INTEGRADA DE SERCIVIOS DE SALUD NORTE	7/07/2020 5:48:38 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7/07/2020 5:48:38 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Cancelar

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN CARLOS MEJIA castellanos

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80438801 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección cra 94 No 22a 90 IN 7 ap 502 **Teléfonos** 3163288582 8026059

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 12.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco AV Villas	Cuenta de ahorros	451898212	Bogota	$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Juan Carlos Mejía

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-ago-2020

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MEJIA	castellanos	JUAN CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80438801

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80438801 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES MAY AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 94 No 22a 90 IN 7 ap 502

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8026059

EMAIL soleiraki69@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES FEBRERO AÑO 1998
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
CODIGO BLANCO	GERSCOL	2020	40
TOMA DE MUESTRAS	GERSCOL	2020	20
SOPORTE VITAL BASICO	GERSCOL	2020	40
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SAN PEDRO CLAVER	1999	1270

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2020

DOMINIO DE 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
inglés		X			X			X	
italiano		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
hogar nazareth		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hogarnazareth@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2046002	DIA 1 MES 6 AÑO 2018	DIA 30 MES 6 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	URGENCIAS	CALLE2 8 53

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalusuario@subredcentrooriente

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DIA 28 MES 1 AÑO 2010	DIA 31 MES 3 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUIDADOS INTERMEDIOS	CRA 15 1 17

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
medicos asociados		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medicosasociados@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5667709	DIA 11 MES 6 AÑO 1999	DIA 18 MES 10 AÑO 2000

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITALIZACION	AVE 1 10 38

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SANPEDROCLAVER	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* hsanpedroclaver@gmail.com
TELÉFONOS 6836992	*FECHA DE INGRESO* DIA 4 MES 1 AÑO 1995		*FECHA DE RETIRO* DIA 22 MES 3 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS		*DIRECCIÓN* CALLE 26 30 22

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	2	5
Pública	9	4
Total	11	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogota 20-ago-2020

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Juan Carlos Mejia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2020

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: Juan Carlos Mejia Castellanos

Documento: 80438801

Cargo: Auxiliar de enfermeria

Fecha: 19-08-2020

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 19 de 08 de 2020

Cordialmente,

Juan Carlos Mejia C.
C.C. 80438801

INSTITUTO ASED

ASESORIAS Y SERVICIOS PARA LA EMPRESA EDUCATIVA

Resolución No.4344 del 1o. de Diciembre de 1987 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

CERTIFICA

QUE

JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS

Cursó nuestro programa de estudios, presentó la
Validación del Bachillerato Académico
en un solo examen citado por el ICFES
Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior
en cumplimiento de la Ley 115 de 1994 del
Congreso de la República de Colombia y obtuvo el título de

BACHILLER

Santafé de Bogotá, Febrero 21 de 1998

ERICK ARIZA
Coordinador Académico

NESTOR HERNANDEZ OTERO
Director General

JORGE E. RAMIREZ ARDILA
Director Académico

La República de Colombia

Ministerio de Salud y en su nombre

El Instituto de Educación no Formal

Escuela de Salud

"San Pedro Claver"

Aprobada por el Ministerio de Salud según Acuerdo No. 04, noviembre 30 de 1983, y Resolución No. 1535 del 14 de abril de 1994 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Teniendo en cuenta que

Juan Carlos Mejía Castellanos

Identificado con la C. C. No. 80.438.801 de Bosa

Ha terminado satisfactoriamente los estudios en la especialidad de

Auxiliar de Enfermería

Con una intensidad horaria total de 1.270 horas

Le confiere el presente

Certificado de Aptitud Ocupacional

Santafé de Bogotá, D.C.

Rector (a)

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
RECTORIA

Escuela de Sal
San Pedro Cl

NOTARIA TREINTA Y TRES
SANTA FE DE BOGOTA D. C.
HELDA DURAN

REPUBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA TREINTA Y TRES DE SANTAFE DE BOGOTA D.C.

La Notaria no se hace responsable de la autenticidad de este documento. Consecuencia que este documento coincide con su original que he tenido a la vista.

Santafé de Bogotá, D.C.

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

APROBACION OFICIAL:
ACUERDO No. 004 DEL 15 DE NOV. DE 1993
RESOLUCION No. 1535 DEL 14 DE ABRIL DE 1994

FOLIO 008
Inscripción S.E.D. 1535-93
Inscripción M.S.N. 04-94

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA a los 13 días del mes de DICIEMBRE del año 95 se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de AUXILIAR DE ENFERMERIA, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", Institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD, mediante el Acuerdo Ejecutivo No. 04 de noviembre 30 de 1993, y por la Secretaría de Educación del Distrito, según Resolución No. 1535 de abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, al egresado cuyo nombre, apellido y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
	JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS	80'1438.801	DE BOSA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 05 de fecha DICIEMBRE 13/95 que consta de 141 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA CABALLERO PEDRO ANGEL y se cierra con el nombre de VERGARA BARRIOS NOLINY firmado y sellado por OVIDIO LOPEZ ROBAYO (Rector) y MARINA ROBAYO DE LOPEZ (Secretaria).

NOTARIA TREINTA Y TRES
Santafé de Bogotá, D. C.

Dada en SANTAFE DE BOGOTA a los 13 días del mes de DICIEMBRE de 1995

ESCUELA DE SALUD
" SAN PEDRO CLAVER "
D. C. T.

Rector

C.C. No. 17'374.444 de

ESCUELA DE SALUD
SAN PEDRO CLAVER
RECTORIA

La Secretaria

C.C. No. 21'214.063 de

NOTARIA TREINTA Y TRES
SANTAFE DE BOGOTA D.C.

La República de Colombia
y en su nombre el
Centro de Prevención, Educación y Salud

PREDESALUD

Instituto de Educación No formal

Debidamente autorizado por la Secretaria de Educación del Distrito Capital según Resolución No. 1993 del 14 de Julio de 1995, y acuerdo No. 7 del 28 de Noviembre de 1994 del Ministerio de Salud

Otorga el presente

Certificado de Técnico Laboral en Auxiliar de Droguería a:

Mejía Castellanos Juan Carlos

C.C. No. 80.438.801 Bogotá D.C.

Con una intensidad de 1.200 horas
En Bogotá, D.C., a los 10 días del mes de Diciembre de 2005

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD DIRECTOR EDUCACION NO FORMAL

Director

Centro de Prevención y Educación En Salud PREDESALUD SECRETARIA EDUCACION NO FORMAL

Secretaria

Centro de Prevención y Educación en Salud PREDESALUD Coord. Academico EDUCACION NO FORMAL

Coordinador Académico

1687

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN

Certifica que:

Juan Carlos Mejía

C.C. 80438801

Asistió a la Jornada de actualización en enfermería
CUIDADO AL PACIENTE CRÍTICO

Realizada el 7 de diciembre de 2012
Intensidad: 8 horas
Dado en Bogotá, 7 de diciembre de 2012

VIVIANA CESPEDES CUEVAS
COORDINADORA

MAGDA LUCIA FLÓREZ FLÓREZ
SECRETARIA DE FACULTAD

méderi
Hospitalidad y Ciencia

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Adelante en el tiempo

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA FACULTAD DE MEDICINA
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente

Certificado

A JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS

Por su asistencia y participación en el ***SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,*** realizado entre el 30 de julio y el 5 de agosto de dos mil nueve (2009), con una intensidad de doce (12) horas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los cinco (5) días del mes de agosto de dos mil nueve (2009).

Leonardo Palacios Sánchez
Decano
Facultad de Medicina

Mario Losada Gutiérrez
Director
Educación Continuada

NIT 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

CERTIFICA QUE:

Juan Carlos Mejia Castellanos

Identificado(a) con N° de Documento.

CC:80.438.801

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE MANEJO DEL DEA

Con una duración de 08 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 25 dias de mes de Junio de 2020.

Vigencia hasta el dia 25 del mes de Junio de 2021

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Enfermeria San Pedro Claver

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Juan carlos Mejia castellanos en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "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, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo 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 cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de Enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Juan Carlos Mejia C.

No. de documento: 80438801

Tarjeta profesional No: 80438801

Dirección de contacto: calle 4ª # 18 - 04 sur

Teléfono: 3163288582

MEDICOS
ASOCIADOS S.A.

CLINICA FEDERMAN
Calle 58A No. 37-10
Conmutador 221 3300
Santafe de Bogota, D.C

CLINICA FUNDADORES
Carrera 39 No. 25-15
Tels. 335 0384 - 335 0666 - 335 0651
Santafe de Bogota, D.C

DIVISION DE RECURSOS HUMANOS

CONSTANCIA DE TRABAJO

No. 000081

Bogotá, Enero 29 del 2001

Muy cordialmente nos permitimos informarle que el (la) Señor (a) **JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS,** Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **80.438.801** Laboró en nuestra desde **99.06.011** empresa desempeñando el cargo de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

RETIRO : OCTUBRE 18 DEL 2000

OBSERVACIONES: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Hasta nuevas oportunidades,

PABLO DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ
JEFE DIVISION RECURSOS HUMANOS
MEDICOS ASOCIADOS S.A.
Tel: 5667709

M.A-592

Scanned by CamScanner



El adulto mayor es un ser importante a quien se debe reconocer sus derechos y rodearlo con nuestro cariño.

Fundación Instituto Tecnológico del Sur

Personería Jurídica 4204 Nov. 15/68 Nit. 860.020.194-6

Hogar Nazareth

"ESTA ES TU CASA"

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
ANCIANATO "HOGAR NAZARETH"

CERTIFICA:

Que el señor **JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS**, identificado con cédula de ciudadanía número **80.438.801** de Bogotá, laboró en esta Entidad desde julio 01 de 2018 al 30 de junio de 2019 , con contrato individual a término fijo por la duración del convenio suscrito con la Secretaria Distrital de Integración Social, desempeñando el cargo de *AUXILIAR DE ENFERMERIA*, devengando por sueldo $ 828.116, por subsidio de transporte $ 97.032, por recargos nocturnos dominicales y festivos $ 289.332 para un total de $ 1.214.480 (*UN MILLON DOSCIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE*).

Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá, el treinta (30) de junio del 2019.

Atentamente,

JOSE DEL CARMEN CARRILLO ROMERO, Pbro.
Representante Legal

ANAI

Chinauta – Cundinamarca - [illegible]
Tels. 2 04 60 02

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 – 1
ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS**, Identificado con cédula de ciudadanía **No. 80.438.801**, suscribió Contratos por Orden de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 720 2011	del	14 de febrero al 31 de marzo de 2011
AS 941 2011	del	15 de abril al 30 de junio de 2011
AS 1377 2011	del	05 de julio al 3º de septiembre de 2011
AS 2130 2011	del	10 al 31 de octubre de 2011
AS 2885 2011	del	11 de noviembre al 31 de diciembre de 2011
AS 118 2012	del	10 al 31 de enero de 2012
AS 789 2012	del	21 al 29 de febrero de 2012
AS 862 2012	del	16 de marzo al 30 de septiembre de 2012
AS 2384 2012	del	01 al 31 de octubre de 2012
AS 2820 2012	del	02 al 30 de noviembre de 2012
AS 3520 2012	del	01 al 31 de diciembre de 2012
AS 533 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 2046 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2531 2013	del	01 al 30 de septiembre de 2013
AS 4645 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0254 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014

Con ultimo contrato AS 0254 2014 y plazo de ejecución del 01 de enero al 31 de mayo del 2014; y honorarios mensuales de ($1.189.632), Realizando actividades según objeto del contrato como APOYO EN ENFERMERIA: 1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.

	ELABORÓ	REVISÓ	
FIRMA			
NOMBRE	Martha Ligia Restrepo Rueda	Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO	Archivo Gestión–Talento Humano	Profesional de Talento Humano	

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CLINICA SAN PEDRO CLAVER

C E R T I F I C A :

Que **MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS,** identificado con cédula de ciudadanía No.80.438.801 de Bogotá, efectuó reemplazos en esta Institución, como AYUDANTE, jornada laboral según Agenda de Trabajo en los siguientes períodos:

DEL	AL
08-07-96	25-07-96
07-10-96	11-10-96
15-10-96	31-10-96
13-12-96	27-12-96
07-01-97	23-01-97
06-04-97	01-05-97
06-05-97	10-05-97
13-05-97	18-05-97
03-06-97	07-06-97
16-06-97	07-07-97
09-07-98	13-07-98
08-09-98	12-09-98
16-09-98	19-09-98
21-09-98	26-09-98
01-10-98	10-10-98
13-10-98	17-10-98
19-10-98	31-10-98
06-11-98	14-11-98
15-12-98	24-12-98
02-07-99	27-07-99
07-09-99	24-09-99

En el evento que esta certificación presente enmendaduras carece de validez.

Se expide en Bogotá D.C, a los Diez (10) días del mes de Marzo de Dos Mil Tres (2003) a solicitud del interesado.

GUSTAVO ENRIQUE CABALLERO SANCHEZ

Grabó: 10-03-03

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.438.801**

MEJIA CASTELLANOS

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1966**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-AGO-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00213210-M-0080438801-20100206 **00206**82627A 1 5020202337

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14697691881

(415)7707212489984(8020) 000001469769188 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 4 3 8 8 0 1	5	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 4 3 8 8 0 1	1 9 8 9 0 8 0 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEJIA	CASTELLANOS	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 94 22 A 90 IN 7 AP 502 BRR MODELIA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
soleiraki69@gmail.com		4 1 5 8 0 4 3	3 1 6 3 2 8 8 5 8 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 9 5 1 1 0 6					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 2020 - 07 - 07 / 16 : 53: 46

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:08/07/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 80438801	JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 94 22A 90 IN 7 AP 502 Teléfonos:

Dirección electrónica: soleiraki69@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

80438801



PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
96	06	16
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.

APELLIDOS Y NOMBRES

MEJIA CASTELLANOS

JUAN CARLOS

ENFERMERO

PROFESION

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

80438801

CT. FERNANDO MORALES T.

DUPLICADO

CDTE. DIM No. 55

FECHA EXP



Juan Carlos Mejía
FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
No. AB-10127 Exp. 3-19-1996

JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS
NOMBRES APELLIDOS

80.438.801
No. CEDULA

0215-96 [illegible]
MINSALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA
PROFESION

RESOLUCION NUMERO 0215 DE

" Por la cual se registra un certificado" 8 FEB. 199

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones numero 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS ***** identificado(a) con cedula de c dadania numero 80438801 expedida en BOSA - BOGOTA *, solicito el regist de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** que le otorgo LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER ********** el 12/13/1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el Certificado que autoriza MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS ***** , identificado(a) con la cedula ciudadania Nro. 80438801 , expedida en BOSA - BOGOTA * para ejercer profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** en el Territ rio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolucion rige a partir de la fecha de expedicion.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

8 FEB

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar Registrarse Ayud

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *
Cedula de Ciudadanía	80438801	JUAN	MEJIA

Confirme los números de la Imagen *

4442

Cambiar

8813

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2020-08-19→1:28:05 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	80438801	JUAN	CARLOS	MEJIA	CASTELLANOS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS identificado(a) con CC 80438801 registra La siguiente información:

2020-08-19→1:28:05 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de droguería	2007-04-10	3722	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1996-02-08	215	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Juan Carlos
Apellidos:	Mejía Castellanos
Documento de identidad:	C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 80438801
Fecha de Nacimiento:	Día 26 Mes 05 Año 1969

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02 ABR. 2018	035721C	
	2	02 Mayo 2018		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	02 ABR. 2018	UEX17002	
	2	02 Mayo 2018		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	13/06/2014			

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

4302896

Nombre	MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS		
Identificacion	CC 80438801	Tel.	
Edad	100 Años 0 meses 0 dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	17		

Fecha de recepcion:	30-Apr-2014 12:14 pm
Fecha de impresion:	30-Apr-2014 5:14 pm
Empresa	CENTRO MEDICO QUIRURGICO AMERICAS OCCIDENT
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	30-Apr-2014 2:50:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml

JOSE CARLOS PASTRANA GAZAB
CC 1.133.814.005
BACTERIOLOGO

DIANA CAROLINA RODRIGUEZ R
CC 1.140.880.452
BACTERIOLOGA

Dr. Regulo Ramírez

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M.: 3668 Universidad Nacional
Resolución No. 25-0772

Tipo Certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

EXAMEN MEDICO SALUD OCUPACIONAL



DATOS DEL PACIENTE

Fecha	JULIO 07/2020	Empresa	SUBRED INTEGRADA DE SALUD NORTE
Nombre	JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS		EDAD 54 AÑOS
Cargo	AUXLIAR DE ENFERMERIA	Doc. Identidad	80.438.801

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )
Manipulación de Alimentos	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

SATISFACTORIOS

PERIÓDICO SI ( ) NO ( ) **EGRESOS (Retiros)** SI ( ) NO ( ) **POST** SI ( ) NO ( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visula ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonomico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI	NO	ARL		SI	NO	EPS		SI	NO
	( )	( )		POSITIVA	(X)	( )		FAMISANAR	(X)	( )

RECOMENDACIONES: CONTROL ANUAL EN EPS POR OPTOMETRIA. PAUTAS DE AUTOCUIDADO. USO DE MEDIOS DE PROTECCION INDICADOS POR EL CARGO. HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

Dr. Regulo Ramírez
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M.: 3668 Universidad Nacional
Resolución No. 25-0772

Juan Carlos Mejia Castellanos
Trabajador:
c.c.: 80438804

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Dactilar

NIT. 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

CERTIFICA QUE:

Juan Carlos Mejia Castellanos

Identificado(a) con N° de Documento.

CC:80.438.801

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de 40 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 25 dias de mes de Junio de 2020.

Vigencia hasta el dia 25 del mes de Junio de 2022

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
LEALTAD
EMERGENCIA
EFICIENCIA

NIT: 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especilizado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Juan Carlos Mejia Castellanos

Identificado(a) con N° de Documento.

CC:80.438.801

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE TOMA DE MUESTRAS

Con una duración de 20 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 25 dias de mes de Junio de 2020.

Vigencia hasta el dia 25 del mes de Junio de 2021

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

NIT: 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especilizado de Rescate y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

CERTIFICA QUE:

Juan Carlos Mejia Castellanos

Identificado(a) con N° de Documento.

CC:80.438.801

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO

Con una duración de 40 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 24 dias de mes de Junio de 2020.

Vigencia hasta el dia 24 del mes de Junio de 2022

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228

GERSCOL
LEALTAD
COMPROMISO
EXCELENCIA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	19-08-2020	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, 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 LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mejia	castellanos	Juan	carlos

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)	FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80438801	Bogota cundinamarca	08-08-1989
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
26-05-69	Bogota	cundinamarca	colombia	colombiano

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)						PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐		2	0	3163288582

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA ☐	BACHILLER ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL:	—	Auxiliar de enfermeria
UNIVERSITARIO ☐	POSTGRADO ☐	MAGISTER ☐	OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 4ª # 18-04	Bogota	cundinamarca	colombia	3163288582

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
soleiraki69@gmail.com	—	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	—	—	—	—	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:	—	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐			NACIONALIDAD:	—

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO	CONTRATISTA	PENSIONADO	ESTUDIANTE	SOCIO	PROFESIONAL INDEPENDIENTE
☐	☐	☐	☐	☐	☐
HOGAR	COMERCIANTE	EMPLEADO SOCIO	EMPLEADO PUBLICO	OTRA:	CUAL:
☐	☐	☐	☐	☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (CODIGO CORTO)	
		SI ☐		SI ☐		NO ☒		
		NO ☒		SI ☐		NO ☒	PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIC

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	sub red centro oriente									900976006
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐					
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	—				
DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS							
calle 43 # 9-25	4431490	Bogota	cundinamarca	colombia							
CARGO ACTUAL	Auxiliar enfermeria.	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)									

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD
—	—	—	—	—	—

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	1'000000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	1'500 000	ARRIENDOS	500 000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1'500.000	TOTAL EGRESOS	1'500.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		—		—		—	

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
Galindo	Montoya	Julio	cesar
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
cra 94 # 22A 90	Bogota	amigo	3115238510

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV villas	ahorros	451898247	Fosa	3304040

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PAGO SERVICIOS ☐ PRESTAMO ☐ OTRO ☐ CUAL: —

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	CORREO ELECTRONICO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS RECURSOS CONOCE

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la *SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE 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 *SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.).*

Auxiliar Enfermeria.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

enes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
e que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma q
plemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
mediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
llo haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincu
LED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de qu
normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRAD
DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o
mismo.
ometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CEN
SE.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o cons
s o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financ**
+ declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Pú
resas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta

ertificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
del Registro Único Tributario RUT.
Inscripción en el Rit Distrital.
del documento de identificación, ampliada al 150%
Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
nancieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
OO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
os los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

ZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMA
A EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAM
AS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

atos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superinten
Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
me a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en
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 terrorism
incipio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
atos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
atos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5
4-44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

resamente:
efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habil
os nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
SE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
AD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las sig
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
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
el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los b
ntratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de e
tadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de cli
ertas 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 E
s 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 Impu
cionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones *aplica*
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.
cito podrá ser realizado directamente por citada *Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.*

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a
as 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 derec
rivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia me
os y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-ven
as . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguro
la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraud
gos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
ENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis
las finalidades del tratamiento.
SIBLES: 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 vigent
o 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 esp
a 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 capitu
Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
SONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no h
responderlas.

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 especi
er, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
BLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servici
riente ESE 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 encargado
los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integra
Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e*
centrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
ÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internac
por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
a ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONAL
ON DE DATOS PERSONALES".

11. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Juan Carlos Mejia Castellanos

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Dedo Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
uncionario				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
es:				5. Observaciones:			
la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No Cédula:			
ula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
ponsable				8. Proceso Responsable Subred			

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS identificado(a) con CC 80438801 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Fecha de Activación de Servicios:	**05/08/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 7 días del mes de Julio del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

DAS15249 Famisanar 06 JUL 2020 POR:

SANDRA LILIANA ARIAS SIERRA
CONSULTOR INTEGRAL SUPERNUMER
EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **80.438.801** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 1999 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de julio de 2020.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202007071922

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80438801		sura	
Numero de Documento		ARL	
Juan	Carlos	Mesia	castellanos
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
26-May-1966	Bogota	calle 4° #18-04	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Famisanas	Proteccion	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Auxiliar de enfermeria			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
Soleyraki69@gmail.com		316388582	
Correo Electrónico		Celular	
Juan Carlos Mesia C.			
Firma del Afiliado		Firma y Nombre Supervisor del Contra	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 147150315

WEB
10:54:06

Bogotá DC, 08 de julio del 2020

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) JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80438801:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 08 de julio de 2020, a las 10:51:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80438801
Código de Verificación	804388012007081051 38

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3638324

Bogotá D.C., 7 de Julio de 2020 - 19:09 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS UNO** de BOGOTA D.C

80438801

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_2RHFL_0919
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:11:17 horas del 07/07/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80438801**

Apellidos y Nombres: **MEJIA CASTELLANOS JUAN CARLOS**

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.

personeria.pdf

Mostrar todo

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que JUAN CARLOS MEJIA CASTELLANOS identificado con el documento No. 80438801 posee en la oficina FUSAGASUGA (451) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 451898212 desde el 26 de julio de 2018, que muestra un saldo disponible a la fecha de:

SALDO: ($ 0.01)

VALOR EN LETRAS:

(Pesos Con 01/100 M/cte)

FECHA DE EXPEDICION: 2020/05/18