Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CALDERON	GRANADOS	JUAN CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1100955532	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 1100955532 D.M. 37

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 30 MES 09 AÑO 1989	CARRERA 5A 28 5			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	SAN GIL		
MUNICIPIO	BARRANCABERMEJA	TELÉFONO	7243112	EMAIL	juancarloscg0930@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	05	2021	192.199

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO SAN GIL			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3138175596	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día 13	Mes 01	Año 2025	Día 31	Mes 07	Año 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ADMINISTRATIVO Y OPERATI	DEPENDENCIA ADMINISTRADOR DE EMPRESAS			DIRECCIÓN CARRERA 14 34 20		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO SAN GIL			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 2013783780	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día 30	Mes 07	Año 2024	Día 14	Mes 12	Año 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRESTAR LOS SERVICIOS POROFES	DEPENDENCIA REGIONAL GUANENTINA			DIRECCIÓN CARRERA 12 9 6		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3138175598	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ADMINISTRATIVO Y OPERATI	*DEPENDENCIA* ADMINISTRADOR DE EMPRESAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 34 20 BARRIO VISTA HERMOSA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3138175598	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ADMINISTRATIVO Y OPERACIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION DE EMPREAAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 34 20					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3138175598	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ADMINISTRATIVO Y OPERATI	*DEPENDENCIA* ADMINISTRADOR DE EMPRESAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 34 20					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento San Gil, 14 de Octubre 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.

SAN GIL, 14 DE OCTUBRE DE 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-10-09 12:58

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CARLOS	CALDERON	GRANADOS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1100955532

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Dirección	["CARRERA 12 N 9 06 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$15.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$15.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	SANTANDER	SAN GIL	$4.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	$7.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.100.955.532**

CALDERON GRANADOS

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos Calderon G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1989**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-NOV-2007 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2718100-00922580-M-1100955532-20170718 **0056**37138G 3 9910057653

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Tarjeta Profesional 192.199

Resolución No. 113 del 08/07/2024



JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS

C.C. 1100955532

PROFESIÓN: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL
Fecha del título: 24/03/2023

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Firmado digitalmente por:
HERNAN ALONSO ZUÑIGA CARVAJAL
Fecha: 10-07-2024 05:04:54 PM

Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio legal de la profesión de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

La suscrita Directora Ejecutiva del
CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Organismo creado por la Ley 60 de 1981, reglamentada por el Decreto 2718 de 1984 y facultado para otorgar la matrícula profesional de los administradores de empresas, administradores de negocios, y demás denominaciones reconocidas

CERTIFICA:

Que la matrícula profesional de ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS No. 192199 otorgada a JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS, con la cédula de ciudadanía No. 1100955532, se encuentra vigente.

Que JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS, no tiene registradas sanciones ni presenta antecedentes disciplinarios en el Consejo Profesional de Administración de Empresas.

Que la matrícula profesional de ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS No. 192199 fue otorgada por el Consejo Profesional de Administración de Empresas, mediante la resolución No. 113 del 08 de Julio de 2024.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., el diez (10) de Octubre de 2025.

La presente certificación tiene una vigencia de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Certificación de vigencia y de antecedentes disciplinarios No. 263287

El presente certificado se emitió en formato electrónico y ha sido firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica y probatoria. Su impresión será tenida en cuenta como copia del original emitido en medios electrónicos. Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la dirección https://tramites.cpae.gov.co/public?show=verifyCertification e ingrese el siguiente código de verificación:

263287-1100955532-CP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141063215978

(415)7707212489984(8020) 000014106321597 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 0 9 5 5 5 3 2	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 0 9 5 5 5 3 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALDERON	GRANADOS	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal: CR 5 8 25 AP 302

42. Correo electrónico: juancarloscg0930@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 7 8 3 7 6 0	

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
7 4 9 0	2 0 1 0 0 2 1 0					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALDERON GRANADOS JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 1100955532 **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 08/10/2025 08:01 PM

Código Verificación: **3B8AVQX4HL**

Válida hasta: **07/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1100955532, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	CARLOS
Primer Apellido:	CALDERON
Segundo Apellido:	GRANADOS
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1100955532
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 8 días del mes de Octubre de 2025, a las 7:37:50 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

PINZON VARGAS SALUD OCUPACIONAL
Nit: 1098769691-8
Dirección: **Calle 11 # 10 26 consultorio 206**
Tel: **607 7243269 - Cel: 312 397 5030**
Email: **pinzon.vargas.2021@gmaila.com**
Web: **www.sangilsaludocupacional.com**
San Gil - Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 24.678

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	07 MES	2024 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

	PARTICULAR
	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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CALDERON GRANADOS JUAN CARLOS	MASCULINO	34 AÑOS 9 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1100955532 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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 MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25 KG SVE ABDOMINAL .	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

SEBASTIAN PINZON VARGAS
Médico
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S.S.A. 0596/96

Firma:

Nombre: PINZON VARGAS SEBASTIAN

R. M.: 1098769691 **L.S.O.:** 0596

Código de Seguridad
U1457A1G24678

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CALDERON GRANADOS JUAN CARLOS

CC: 1100955532

	RESOLUCIÓN 00596	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y.

1. CONSIDERANDO

Que SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS, identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098769691, ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTICULO 1: Otorguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS. MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO identificado(a) con la cédula de Ciudadanía No. 1098769691, en las áreas de Medicina, en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2: La licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE,

Dado en Bucaramanga a los 02 FEB 2021

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona v – Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Hernández G. – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOG
Proyectó: Elkin Uribe – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
para mí

11:14 (hace 5 minutos)

Google Forms

Gracias por rellenar Perfil Sociodemorgrafico

Esto es lo que se recibió.

Ver puntuación

Perfil Sociodemorgrafico

La información suministrada
permite hacer una aproximación de los estilos de vida de los trabajadores y diagnóstico de condiciones de salud, a partir de estos datos generales se identifica posibles vulnerabilidades, e incluso los factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta en los planes y programas de vigilancia epidemiológica que se desarrolle dentro de la Corporación

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

189053449

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CALDERON	GRANADOS	JUAN	CARLOS

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1100955532	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Barrancabermeja	Colombia	Santander	Barrancabermeja	30 09 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
		1423500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Carrera 5 # 8-25	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3013783760	juancalo0C9073D@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Santander	San Gil		Cabecera Municipal X Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo Identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio / Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

OFIX SAS - NIT. 900.156.826-1 00264458 Sku 29572

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		93444-161003
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación Dirección		Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identificación.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- X 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- 11. Inscripción EPS retorno al país.
- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de Identificación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo Identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS (Capital)	09 10 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- X 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- X 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- X 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- X 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- X 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- X 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
X	

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- X 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- X 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

FECHA: 29-10-2025
RADICADO:

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:
Reingreso

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
		555000007

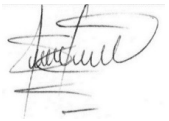
- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1100955532,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Juan Carlos Calderon Granados

C.C 1.100.955.532

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 11 de julio 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765766817000

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Instituto San Vicente de Paúl

San Gil - Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental de Santander
según Resolución No. 07459 del 27 de Junio de 2002

Confiere a

Juan Carlos Calderón Granados

Identificado(a) con T.I. No. 89093057865 de San Gil

El Título de

Bachiller Académico

Con Profundización en Informática

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo con el P.E.I. del Instituto

Rectora

Hor. Ladys Viaña

Sor Ladys Viaña Bermúdez
C.C. 41.439.097 Bogotá.

Secretaria

Lilia Montoya A.

Lilia Montoya Acelas
C.C. 28.378.076 San Gil

Anotado en el Libro de Registro de Diplomas No. 1 Folio No. 67

Dado en San Gil, a 14 de Diciembre de 2006

"No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional

UNISANGIL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL

Debidamente autorizada por el Gobierno Nacional, considerando que:

Juan Carlos Calderon Granados

C.C. 1.100.955.532 Expedida en San Gil

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la legislación colombiana y esta Institución, le otorga el Título de:

ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

En constancia le expide el presente Diploma, firmado y refrendado,
en San Gil, Santander, República de Colombia,
a los veinticuatro (24) días del mes de Marzo del año dos mil veintitrés (2023)

Rectora

Decano de Facultad

Olga Fiallo Rodriguez
Secretaria General

Registrado en el Libro de Grado 07 Folio 888 Registro No. 11538 en San Gil a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2023
UNISANGIL Personería Jurídica otorgada mediante Resolución 10989 expedida
por el Ministerio de Educación Nacional
Código ICFES 2724

7468

VIGILADA MINEDUCACIÓN

UNISANGIL

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y JURÍDICO
DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL

HACE CONSTAR

Que **JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS,** identificado con cédula de ciudadanía 1.100.955.532 expedida en San Gil, cursó y aprobó en esta Fundación Universitaria en el Segundo Periodo Académico de 2014, desde el Segundo Periodo Académico de 2015 hasta el Primer Periodo Académico de 2017, desde el Primer Periodo Académico de 2018 hasta el Segundo Periodo Académico de 2019 y desde el Segundo Periodo Académico de 2020 hasta el Segundo Periodo Académico de 2021 asignaturas de **PRIMERO** a **OCTAVO NIVEL DE APRENDIZAJE** de ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS.

Que JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS, cumplió y desarrolló las asignaturas regulares ofrecidas por el Plan de Estudios de ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, con código SNIES No. 11001 habiendo terminado estudios el día veintisiete (27) de Noviembre dos mil veintiuno (2021).

Que según consta en Acta de Grado 686 del veinticuatro (24) de Marzo de dos mil veintitrés (2023) y Registro 11538 obtuvo el título de ADMINISTRADOR DE EMPRESAS.

Que la Fundación Universitaria de San Gil –UNISANGIL-, se encuentra reconocida legalmente según Resolución No. 10989 del 18 de octubre de 1991, emanada del Ministerio de Educación Nacional y NIT. 800.152.840-4.

Se expide la presente constancia para fines pertinentes. Dada en San Gil, a los doce (12) días del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024).

ALDEMAR MONTEJO ZAPATA
Secretario General y Jurídico

SGC-2024-771

San Gil, 12 de Julio de 2024

ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE
Nit: 804003425-7
Carrera 14 No. 34-20

CERTIFICA

Que el señor JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS identificado con cedula de ciudadanía número 1.1100.955.532 de San Gil, laboro para nosotros como Administrador, durante el periodo comprendido desde el 4 de Enero de 2021 hasta el 30 de diciembre de 2021, responsable de la planeación, organización y dirección de los recursos de la Asociación.

Demostrando durante su permanencia responsabilidad y honestidad a las labores recomendadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio de 2024

ISMAEL ENRIQUE CALDERON APARICIO
Representante Legal
Asociación de Vivienda Villa Campestre

San Gil, 12 de Julio de 2024

ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE
Nit: 804003425-7
Carrera 14 No. 34-20

CERTIFICA

Que el señor JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS identificado con cedula de ciudadanía número 1.1100.955.532 de San Gil, laboro para nosotros como Administrador, durante el periodo comprendido desde el 11 de Enero de 2022 hasta el 23 de diciembre de 2022, responsable de la planeación, organización y dirección de los recursos de la Asociación.

Demostrando durante su permanencia responsabilidad y honestidad a las labores recomendadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio de 2024

ISMAEL ENRIQUE CALDERON APARICIO
Representante Legal
Asociación de Vivienda Villa Campestre

San Gil, 10 de Julio de 2024

ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE
Nit: 804003425-7
Carrera 14 No. 34-20

CERTIFICA

Que el señor JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS identificado con cedula de ciudadanía número 1.1100.955.532 de San Gil, laboro para nosotros como Administrador, durante el periodo comprendido desde el 3 de Abril de 2023 hasta el 28 de Junio de 2024, responsable de la planeación, organización y dirección de los recursos de la Asociación.

Demostrando durante su permanencia responsabilidad y honestidad a las labores recomendadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Julio de 2024

ISMAEL ENRIQUE CALDERON APARICIO
Representante Legal
Asociación de Vivienda Villa Campestre

LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS-NIT. 804.000.292-0

CERTIFICA:

Que el señor **JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.100.955.532, suscribió con la Corporación Autónoma Regional de Santander CAS – los siguientes contratos de prestación de Servicios.

NUMERO DE CONTRATO	00851-2024
OBJETO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA CAS, PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA DE APOYO REGIONAL GUANENTINA.** 1. Contribuir al cumplimiento de las actividades, metas trazadas en el plan de acción 2024-2027, encaminadas a protección, conservación en la jurisdicción de la CAS. 2. Alimentar el centro de información de tramites ambientales CITA. 3. Proyectar los documentos y respuestas requeridas para las dependencias de conformidad con la normatividad establecida. 4. Apoyar en la elaboración de los informes de gestión y demás que sean requeridos para garantizar respuestas oportunas y adecuadas a los entes de control y a la entidad. 5. Ejecutar las actividades de la Subdirección de Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles Educación Ambiental y Participación Ciudadana que contribuyan al cumplimiento de las metas trazadas en el Plan de Acción 2024- 2027. 6. Apoyar en todas las actividades administrativas referentes al manejo y control del archivo físico de la Subdirección, relacionados con expedientes, carpetas, sus instrumentos digitales y

	demás documentos que se generen en la dependencia. 7. Apoyar en el proceso de apertura de expedientes y organización de la documentación relacionada a cada uno de los expedientes. 8. Orientar a los usuarios internos y externos en los asuntos relacionados con la obtención de permisos, concesiones o autorizaciones ambientales, para el uso y aprovechamiento de los recursos naturales. 9. Asistir a las capacitaciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual de los contratistas y cumplir con el sistema de gestión integral de la Corporación. 10. Dar cumplimiento al Manual de Políticas de Seguridad de la Información, adoptado mediante Resolución No. DGL 00238 del 12 de marzo de 2015, en la que se estipula que es deber de todo contratista efectuar las actividades y seguir los lineamientos definidos en dicho manual; el cual se halla incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad con el código M-PGT001, en el cual se reglamentan las políticas de seguridad la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la C.A.S. sus normas, prácticas y procedimientos. 11. Dar cumplimiento a los planes, programas, guías, compromisos y procedimientos que tenga establecidas la Entidad para la correcta ejecución de las actividades. 12. Cumplir con las metas establecidas dentro del marco del Sistema de Gestión Integral condicionado por las directrices y designaciones del supervisor. 13. Dar cumplimiento a la Matriz de identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos y a la Políticas de seguridad y salud en el trabajo adoptada por la Cas, e igualmente, el contratista Es responsable de adquirir y utilizar adecuadamente los Elementos de Protección Personal en el desarrollo de sus actividades contractuales. 14. Las demás actividades que se requieran en relación con el objeto contractual.
PLAZO DEL CONTRATO	4 MESES
FECHA DE INICIO	TREINTA (30) DE JULIO DE 2024
FECHA DE TERMINACION	VEINTINUEVE (29) DENOVIEMBRE DE 2024
VALOR DEL CONTRATO	$ 10.256.728

ADICIONAL No. 1 AL CONTRATO 000851-2024	Se adiciona un tiempo de quince (15) días por valor de un millón doscientos ochenta y dos mil noventa pesos ($1.282.090), con fecha de terminación al 14 de diciembre del 2024.

Para la verificación de la presente certificación por favor comunicarse al 6077238925 extensión 1017.

Expedida a solicitud del interesado en San Gil, a los trece (13) días del mes de enero de 2025.

VALIDO UNICAMENTE PARA CERTIFICACIÓN

GLORIA MILENA DURÀN VILLAR
Secretaria General – CAS

Elaboró: Paula Millán

San Gil, 31 de Julio de 2025

ASOCIACION DE VIVIENDA VILLA CAMPESTRE
Nit: 804003425-7
Carrera 14 No. 34-20

CERTIFICA

Que el señor JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS identificado con cedula de ciudadanía número 1.1100.955.532 de San Gil, laboro para nosotros como Administrador, durante el periodo comprendido desde el 13 de Enero de 2025 hasta el 31 de Julio de 2025, responsable de la planeación, organización y dirección de los recursos de la Asociación.

Demostrando durante su permanencia responsabilidad y honestidad a las labores recomendadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Julio de 2025

ISMAEL ENRIQUE CALDERON APARICIO
Representante Legal
Asociación de Vivienda Villa Campestre

San Gil 9 de Octubre de 2025

Doctora

CLAUDIA PATRICIA BARAJAS BARAJAS

Secretaria General – CAS

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimada Doctora,

JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS , identificado con C.C. No. 1100955532 expedida el 7 de Noviembre de 2007 en San Gil , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Corporación autónoma Regional de Santander - CAS con NIT. 804.000.292-0, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa- Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente. Así mismo, declaro reconozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.cas.gov.co, manifestando que he sido informada de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS

C.C.: 1100955532 de San Gil

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por Corporación Autónoma Regional De Santander - CAS de lo siguiente:

1. La CAS actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales la CAS disponible en SGC en página web de la entidad.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: La suscripción del contrato.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el CAS y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales del CAS.
6. Mediante la página web de la entidad www.cas.gov.co , podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. La CAS garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la CAS para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la CAS.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de _San Gil, a los 9 días del mes de octubre del año 2025 .

Firma:

Nombre JUAN CARLOS CALDERON GRANADOS
Identificación 1.100.955.532 de San Gil