Tunja, diciembre 2025

Señores:
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Referencia: Propuesta

Cordial Saludo:

Yo, **JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO**, identificado con cedula de ciudadanía 1.049.636.958 de Tunja hago llegar a ustedes propuesta como médico Especialista en Ortopedia y Traumatología para el E.S.E Hospital Universitario San Rafael De Tunja para el año 2026 por un valor de contrato de $201.372.000

Declaro bajo la gravedad e juramentó que no me encuentro incurso en ninguna causal de incompatibilidad e inhabilidad para ofertar y contratar y que tengo conocimiento básico en informática y manejo de software ofimático del hospital.

Agradezco la atención prestada.

JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
CC. 1.049.636.958,
Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología

Código: TH-F-45	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 12	VERIFICACION REQUISITOS HOJA DE VIDA Y	Fecha: 20/05/2024

Nombre del Aspirante:	**JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO**		
Numero documento de	1049636958	Número de teléfono: 3508331375	
Oficio al que aspira:	**SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**		

MODALIDAD DE VINCULACION			
SERVIDOR PUBLICO	TRABAJADOR EN MISION	CPS	OTRO
		X	

REQUISITOS GENERALES DE HOJA DE VIDA	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
HOJA DE VIDA FORMATO DAFP (Según circular externa conjunta 004 de 2003 del DAFP y el Archivo General de la Nación)				
HOJA DE VIDA FORMATO SIGEP (contratistas)	X			
FORMATO Único Declaración Juramentada De Bienes y Rentas (Circular externa 002 de 2014 del DAFP)				
DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Ley 2013 de 2019) (contratistas y personal de planta segun el cargo)	X			
Formato Declaracion situacional de conflicto de intereses servidor publico o contratista. TH-F-67	NA			Manifesta que no hay intereses en conflicto
Formato de declaracion de intereses particulares de personal en mision. TH-F-92				
Fotocopia de Cédula AL 150%	X			
Pasaporte (solo aplica para extranjeros)				
Cetificado de Situación Militar menores de 50 años (Ley 1780 de 2016 y los artículos 11 y 42 de Ley 1861 de 2017)	X			
Consulta de Antecedentes: 1. Judiciales 2. Fiscales 3. Disciplinarios 4. Medidas correctivas Teniendo en cuenta que ninguna persona esta obligada a presentar este documento, la institución debe consultar en línea dichos antecedentes	X			
Certificado REDAM (registro de deudores alimentarios morosos)	X			
Consulta lista de vinculantes (OUNU, OFAC)	X			
Formato de consentimiento informado consulta Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).TH-F-57.	X			
Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).	X			
Formato de autorización para el tratamiento y la protección de datos personales del colaborador.	X			
Consulta de Antecedentes Profesionales (Abogado, Administrador de Empresas, Contador, Ingeniero Industrial, Trabajador Social , médico, enfermera profesional y demás).				
Registro Unico Tributario RUT (Este documento es requerido en caso de ser contratado directamente por la Institución, teniendo en cuenta que para contratar con el estado es indispensable este soporte).				
Certificado de Afiliación a Salud y Pensión vigentes	X			
Certificación Bancaria	X			
Carnet de vacunas (según manual de Bioseguridad). Código SST-m- 03 - V 009.	X			
Titulaciones de hepatitis B y varicela	X			
Consentimiento de autorización para aseguramiento e información de la ARL.	X			
Exámen Medico Ocupacional para el cargo (Según tipo de contratación y cargo al que aspira).	X			
Exámen Medico Ocupacional casos especificos . Nota: Para el exámen Médico Ocupacional para cargos especificos, remitirse al profesiograma institucional.				
SOPORTES DE EDUCACIÓN FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Titulo Bachiller Y/o Acta de Grado (No aplica para profesionales)				
Título de técnico y Acta de grado				
Titulo de tecnologo y Acta de grado				
Título Profesional y Acta de grado	X			
Convalidación de Titulo Profesional (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Título Especialista y Acta de grado	X			

Título y acta de grado de maestría, doctorado o posdoctorado				
Convalidación deTitulo Especialista (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Tarjeta profesional	X			
RETHUS (Registro Unico de Talento Humano en Salud)	X			
Resolución para ejercer (Graduados Hasta el 2016)				
Poliza de seguro de responsabilidad civil profesional (profesionales en medicina).				
SOPORTES DE EDUCACIÓN NO FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Relacionar Cursos / Talleres / Congresos / Diplomados				
Certificado curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual.	X			
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL				
Curso de soporte vital (BLS, ACLS, NALS, PALS, ATLS, ALSO) de acuerdo al perfil y según normatividad vigente o necesidades de Seguridad de Paciente.	X			
Certificado curso Atención a las Victimas de Ataques con Agentes Químicos.				
Certificado curso Manejo del Duelo.	X			
Certificado curso Toma de Muestra de Laboratorio Clínico.				
Certificado curso cuidado del Donante (Medicos) Avalados por El Instituto Nacional De Salud.				
Soporte de entrenamiento en MMC (METODO MADRE CANGURO) SOLO APLICA PARA MEDICO ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA.				
Certificado pruebas en el punto de atencion del paciente (point of care Testing-POCT) Terapeutas Respiratorias.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL MANTENIMIENTO				
Certificado Curso trabajo seguro en alturas.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL RADIOLOGÍA				
Certificado de Curso de Protección Radiológica.				
SOPORTES DE FORMACIÓN BACTERIOLOGO				
Diplomado en Medicina Transfusional e Inmunohematología con certificación de 120 horas.				
SOPORTES ESPECIFICOS PARA CONDUCTOR Y CONDUCTOR DE AMBULANCIA Y MENSAJERO				
Pase de Conducción C2 (Conductor Ambulancia).				
Pase de Conducción A2 (Mensajero).				
Consulta inscripción en el RUNT y Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito SIMIT.				
Certificado Curso de Mecánica Básica.				
Certificado Curso de Primeros Auxilios.				
Exámen psicosensométricos (Visiometría, Audiometría, Examen de Coordinación Motríz, Exámen de psicología) y Exámen médico.				
Pruebas teorica y práctica.				
SOPORTES DE EXPERIENCIA (Solo si la tiene)				
Copia de Certificaciones Laborales las cuales deben cumplir los siguientes requisitos: * Debe ser expedida en papel membreteado * Debe registrar su nombre y número de identificación * Debe describir el cargo desempeñado y funciones realizadas * Debe especificar tiempo laborado o mínimo registrar fecha de * Debe estar debidamente firmada * Debe registrar nombre del jefe inmediato, teléfonos y dirección de * Deben estar organizados del empleo más nuevo al más antiguo.	X			

Revisó. Magda Constanza Hurtado Vargas
Profesional Universitario T.H
Verificó. Laidy Astrid Ruíz Parra
Coordinadora de Actividades de Talento Humano
Verificó. Adriana Lucia Pacheco Merchan
Profesional Especializado de Salud y Seguridad en el Trabajo

Nuevo	**Actualización**
Revisión de hoja de vida **NOTA:** Verificada la Hoja de vida el 31/12/25 se puede evidenciar que **CUMPLE** con los requisitos de habilitacion.	

Items correspondientes a vacunas y examenes medico ocupacionales y psicosensometricos, curso de alturas (según perfil)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Muñoz	Pinto	Jhon Alexander

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1049636958	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1049636958 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 03 MES 02 AÑO 1994	Av universitaria # 53 - 114			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOYACÁ
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	TUNJA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3018332	EMAIL	alexander-1923@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 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	2010
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	06	2025	1049636958
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2017	1049636958

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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*
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL II NIVEL VALLE DE TENZA				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* GARAGOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176398804	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESP ORTOPEDIA Y TRAUAMTOLOGIA	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA						*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 8 6 65					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ORTOPEDISTA	*DEPENDENCIA* CLINICAS QUIRUGICAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MEDERI- HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6017055999	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIAS	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"					*DIRECCIÓN* CALLE 24 29 45					

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*					

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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

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.

Tunja Dic. 31/25

Ciudad y fecha

Lady Astrid Ruiz Parra

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	2025-11-06 09:08

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JHON	ALEXANDER	MUÑOZ	PINTO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1049636958

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	TUNJA

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	TUNJA

Dirección	["Carrera 11 No. 27-27"]
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$1.120.000,00
TOTAL	$1.120.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1,81

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	COTA	$29.088.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$4.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:11:16 AM horas del 31/12/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1049636958**
Apellidos y Nombres: **MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/12/2025 09:10:38 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1049636958** y Nombre: **JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **131518618** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287254393

PIB
09:07:08

Bogotá DC, 31 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1049636958:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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 31 de diciembre de 2025, a las 09:05:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1049636958
Código de Verificación	1049636958251231090539

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

En la(s) consultada(s) base(s) de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1049636958 **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 31/12/2025 08:51 AM

Código Verificación: UCXE4T71HR

Valida hasta: 31/03/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List

Download the Consolidated Non-SDN List

Sanctions List Search: Rules for use

Visit The OFAC Website

Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	JHON ALEXANDER MUÑOZ PIN	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	1049636958	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100	Search	Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 12/30/2025 10:02:18 AM
Non-SDN List last updated on: 12/18/2025 10:02:05 AM

UN Logo

United Nations Security Council Consolidated List

Generated on: 21 July 2023

"Generated on refers to the date on which the user accessed the list and not the last date of substantive update to the list. Information on the substantive list updates are provided on the Council / Committee's website."

Composition of the List

The list consists of the two sections specified below:
A. Individuals
B. Entities and other groups

Information about de-listing may be found at:
https://www.un.org/securitycouncil/ombudsperson(for res. 1267)
https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/delisting(for other Committees)
https://www.un.org/securitycouncil/content/2231/list(for res. 2231)

A. Individuals

KPi.033 Name: 1: RI 2: WON HO 3: 4: na
Title: na **Designation:** DPRK Ministry of State Security Official **DOB:** 17 Jul. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** na **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** 381310014 **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:** Ri Won Ho is a DPRK Ministry of State Security Official stationed in Syria supporting KOMID.

KPi.037 Name: 1: CHANG 2: CHANG HA 3: 4: na
Title: na **Designation:** President of the Second Academy of Natural Sciences (SANS) **DOB:** 10 Jan. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jang Chang Ha **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

KPi.038 Name: 1: CHO 2: CHUN RYONG 3: 4: na
Title: na **Designation:** Chairman of the Second Economic Committee (SEC) **DOB:** 4 Apr. 1960 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jo Chun Ryong **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-109	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES	
Versión: 01		Fecha: 19/06/2024

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO identificado con cedula de ciudadanía número 1049636958 en calidad de Titular o padre, representante y/o tutor legal del menor_____ identificado con _____autorizo libre, expresa e inequívocamente a La ES.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 01 de 12 de 2025

Firma: _____

Nombre: JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
Cédula: 1049636958

Código: TH-F-57	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 02	INHABILIDADES DELITOS SEXUALES	Fecha: 17/05/2024

El(la) suscrito(a) JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO identificado (a) con C.C.__X_/ C.E.___ No. 1049636958 expedida en TUNJA, **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 Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja con Nit. 891800231, a consultar mis datos personales en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual, legal y reglamentaria o personal en misión y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco 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 http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 01 (__) de 12 de 25 20___.

Firma: _____

Nombre: JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO

Cédula: 1049636958 DE TUNJA

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:51:31 horas del 06/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1049636958,** Apellidos y Nombres **MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, con NIT **891800231-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14450915267

(415)7707212489984(8020) 000001445091526 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 3 6 9 5 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cedula de Ciudadania 1 3	1 0 4 9 6 3 6 9 5 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	PINTO	JHON	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
DG 51 B SUR 61 B 29 SUR BRR NUEVO MUZU

42. Correo electrónico alexander-1923@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 8 3 3 2	3 5 0 8 3 3 1 3 7 5

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 2 1	2 0 1 8 1 2 1 1							

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

Usuarios aduaneros																						Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																								57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20															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 VANEGAS ROA MARIA JEANNETTE

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 01-09-2025 10:59:19AM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

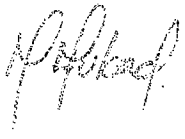
Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **1.049.636.958** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de septiembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 31 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**.

CERTIFICA

Que Jhon Alexander Muñoz Pinto identificado(a) con CC número 1049636958, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049636958
NOMBRES Y APELLIDOS	Jhon Alexander Muñoz Pinto
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/02/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	02/04/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	141 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/04/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1049636958 JHDN ALEXANDER MUÑOZ PINTO Desde 01/09/2025 - Vigente N.I.T 860013798
UNIVERSIDAD LIBRE Desde 01/08/2022 Hasta 31/07/2025

Generado por interfaces

25/09/2025

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

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION/INFORMACION PARA ARL

En mi calidad como Contratista, me permito dar a conocer a la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, los siguientes datos:

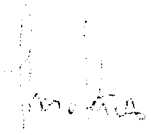
Yo, JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO identificado con cedula de ciudadanía número 1049636958 manifiesto que:

SI_X_____NO_____ Estoy afiliado a la ARL _____POSITIVA_____

SI__X____NO_____ Deseo seguir afiliado a la ARL _____POSITIVA_____

Solicito ser afiliado por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a la ARL: ___POSITIVA_____.

Se suscribe en la ciudad de TUNJA, el día 20 de DICIEMBRE de 2025.



Firma

Nombre JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO

Cédula 1049636958

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.

S.A.E.E.

Teléfono 426 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá

www.cruzrojacundinamarca.org.co

06242

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE [illegible]

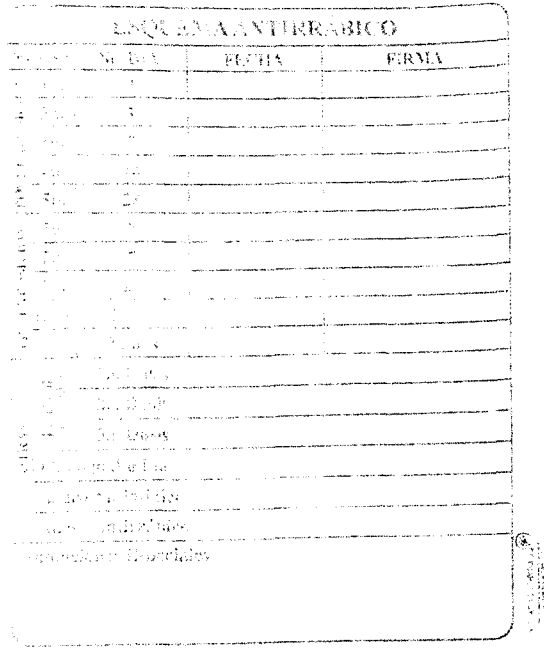
FECHA DE NACIMIENTO

SEXO [illegible]

TELEFONO

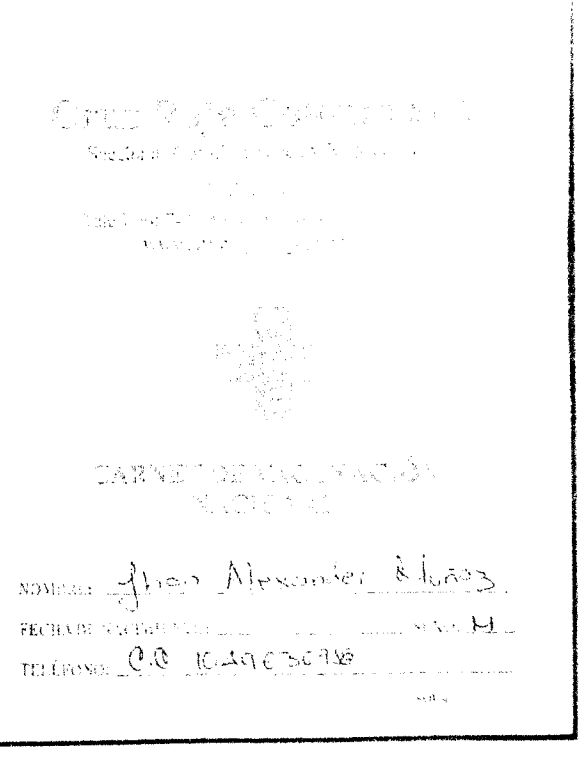
VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas	[illegible]	[illegible]
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS B	1ª Dosis	22 JUN 2011	AHB [illegible]
	2ª Dosis	[illegible]	[illegible]
	3ª Dosis	[illegible] 2011	03 [illegible]
	Refuerzo	26 06 12	0 [illegible] 009

VACUNAS		FECHA	FIRMA
F.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
TETANO	1ª Dosis	09 02 12	04 [illegible] 007
	2ª Dosis	27 03 12	04 [illegible] 0070
	R.		
[illegible]			
FIEBRE AMARILLA			
[illegible]	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
[illegible]	1ª		
	2ª		
[illegible]	1ª		
	2ª		
[illegible]	1ª		
	2ª		
[illegible]	1ª		
	2ª		
	3ª		



ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	FECHA	FIRMA
	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		
	27		
	28		
	29		
	30		



NOMBRE: Jhon Alexander Blanco

FECHA DE NACIMIENTO: [illegible] SEXO: M

TELÉFONO: 00 10-316-36-98

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name

JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 4 9 6 3 6 9 5 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

03/02/1994

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3508331375

Correo electrónico / e-mail

ALEXANDER-1923@HOTMAIL.COM

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	18	2	2021	PFIZER	EN1194	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA	JOSE IGNACIO CUBILLOS BAUTISTA
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	11	3	2021	PFIZER	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA	ALBA MIRELLA TORRES MORALES
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	27	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	MIRED BARRANQUILLA CAMINO SUR OCCIDENTE	LUZMILA DEL CARMEN CARO DIAZ

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

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

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

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

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

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

COLCAN



Nombre:	JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO			N° Ordenamiento:	
Identificación:	CC 1049634958	Tel:	3108331375	Fecha de recepción:	03/09/2025
Edad de ingreso:	31 Años, 7 Meses, 0 Días	Sexo:	Masculino	Fecha toma muestra:	03/09/2025
Fecha de nacimiento:	03/02/1994			Fecha impresión:	04/09/2025
Medico:	MEDICOS VARIOS			Sede:	SEDE AMERICAS COLCAN
Empresa:	CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE **Método: Quimioluminiscencia**	**212,0**	**mUI/mL**	

V. de Referencia
No Reactivo: Menor de 9,0 mUI/mL
Indeterminado: De 9,0 - 11,0 mUI/mL
Reactivo: Mayor de 11,0 mUI/mL

KELLY ALEXANDRA BETRAN GARCIA
TP. 1152442225
BACTERIOLOGA
Fecha: 04-sept-2025 07:39:41 a. m.

KELLY ELIZABETH GUERRERO CUEVAS
TP. 1090372957
BACTERIÓLOGA
Fecha: 04-sept-2025 09:49:4 a. m.

COLCAN

50602196

Nombre	MUÑOZ PINTO JHON ALEXANDER			Fecha de recepción	06/05/2019
Identificación	CC 1049638955	Tel	3508331375	Fecha Muestra	06/05/2019
Edad	25 Años 3 Meses 2 Días	Sexo	M	Fecha de Impresión	06/05/2019
Médico	MEDICOS VARIOS			Empresa	SEDE AMERICAS
No. Ordenamiento				Sede	SEDE AMERICAS COLCAN
Fecha de nacimiento	03-feb-1994				

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. IgG **Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA**	27.5		

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

08-may.-2019 3:11 am

08-may.-2019 8:54 am

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

DATOS BASICOS

FECHA Y HORA: 01/09/2025
TIPO DE DOCUMENTO: CC
NUMERO: 1049636958
NOMBRE COMPLETO: JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
EDAD: 31 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1994
SEXO: M
ESTADO CIVIL: SOLTERO
DIRECCIÓN: DG 51B 61B 29 SUR
TELÉFONO: 350 8331375
PROCEDENTE: BOGOTA
OCUPACIÓN: ORTOPEDISTA
EPS: SANITAS
TIPO DE CONSULTA: HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

VISIOMETRIA: NO REALIZADO
AUDIOMETRIA: NO REALIZADO
ESPIROMETRIA: NO REALIZADO

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
Con documento de identificación No. 1049636958 se considera es satisfactorio.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES – ES SATISFACTORIO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

DATOS BASICOS

FECHA Y HORA: 01/09/2025
TIPO DE DOCUMENTO: CC
NUMERO: 1049636958
NOMBRE COMPLETO: JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
EDAD: 31 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1994
SEXO: M
ESTADO CIVIL: SOLTERO
DIRECCIÓN: DG 51B 61B 29 SUR
TELÉFONO: 350 8331375
PROCEDENTE: BOGOTA
OCUPACIÓN: ORTOPEDISTA
EPS: SANITAS
TIPO DE CONSULTA: HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

VISIOMETRIA: NO REALIZADO
AUDIOMETRIA: NO REALIZADO
ESPIROMETRIA: NO REALIZADO

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO
Con documento de identificación No. 1049636958 se considera es satisfactorio.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES – ES SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES ADICIONALES:

1. CONTINUAR CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA.

OBSERVACIONES FINALES:

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

FIRMA:

DR. EDWARDS ANDREIEV VELANDIA SUA
Univ. Pedagógica de Colombia
Res. 1024531118
Esp. en SST
Univ. de Boyacá
Res. 5108 05 Noviembre 2020



Die Universität Berlin Pedagogium und Theologische Fakultät

Johan Alexander Martin Hanke

Medicin



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

COPIA DE ACTA DE GRADO

[illegible] MUÑOZ [illegible] JHON ALEXANDER

[illegible] MUÑOZ [illegible] JHON ALEXANDER [illegible] C.C. No. [illegible] expedida en TUNJA [illegible]

MEDICO

De conformidad con la Resolución [illegible] No. 7388 de fecha [illegible] de Diciembre de 2017, en concordancia con la Ley 30 de 1992, esta Universidad, en nombre de la República de Colombia, por autorización del Ministerio de Educación, le confiere el título mencionado y lo declara idóneo para ejercer su profesión. En testimonio de ello, se autoriza la expedición del correspondiente Diploma, el cual queda registrado en el Libro [illegible], Folio 750 del [illegible] de Diciembre de 2017.

En constancia, se firma [illegible] en esta graduación

RECTOR [illegible] ALFONSO LOPEZ DIAZ
SECRETARIO GENERAL [illegible] Firmado, [illegible] YOHANA NIÑO GIL
DECANO DE LA FACULTAD [illegible] [illegible] MAYORGA NIÑO
SECRETARIO DE LA FACULTAD [illegible] ANGELA CAROLINA MEDINA AGUILAR

Se expide en Tunja a los [illegible] días de Diciembre de 2017

MARIO MENDOZA MORA
JEFE DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y CONTROL DE REGISTRO ACADEMICO

[illegible] YOHANA NIÑO GIL
SECRETARIO GENERAL

República de Colombia

UNIVERSIDAD LIBRE

Personería Jurídica No. 197 de 1946

Y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO

C.C. No. 1.049.616.958 de TUNJA

[illegible] para optar al título de

Especialista en Ortopedia y Traumatología

[illegible]

Acta de Grado Individual No. 28
Registro de título No. 35389 Folio No. 27

En el paraninfo de la Universidad Libre de la SECCIONAL BARRANQUILLA siendo las 2:00 am a los 15 días del mes agosto del año 2025, se reunieron BEATRIZ HORTENCIA TOVAR CARRASQUILLA, Rectora Seccional, quien obra en representación de la Universidad, SALVADOR ANTONIO HADA JIMENEZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales y TAMMY IRINA PULIDO IRIARTE, Secretaria de la misma facultad con el fin de llevar a cabo el acto de graduación de ciudadano **ALEXANDER MUÑOZ PINTO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1049638958 de Tunja, quien cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por la Ley y Reglamento del Programa ESP. EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA para optar al título de **Especialista en Ortopedia y Traumatología**.

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduando(a) **JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO**, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Barranquilla, a los 15 días del mes agosto del año 2025

TAMMY IRINA PULIDO IRIARTE
Secretaria Académica

REACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
ALTA CALIDAD

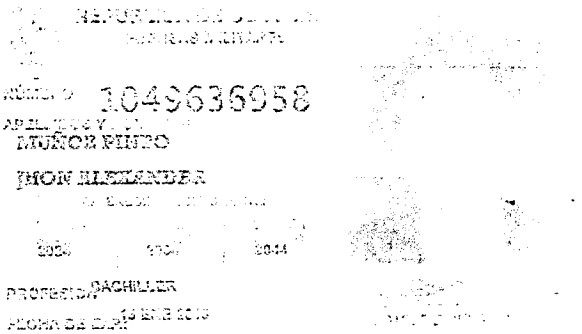
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

VIDA



QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC


1049636958
MUÑOZ PINZO
JHON ALEXANDER
PACHILLER

[redacted]

ESP	Local	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	2025-08-15	143892	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2019-03-07	46110	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

[redacted]

Presto SSO	Local	COLOMBIA|CUNDINAMARCA|JUNÍN	2018-02-01	2019-01-31	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A07A25EXP3160 certifica que

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **1049636958**

Finalizó exitosamente el curso de

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **4** de **AGOSTO** de **2025**

Alejandra Pinilla

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educacion informal y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certifica que:

JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO

C.C. No: ***1.049.636.958***

Aprobó satisfactoriamente los requerimientos del curso taller en:

SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA – ACLS"

Reanimación Cardio Respiratorio en Adultos

Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como: ***(AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation.***

Certificado por ***48 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***18/08/2025***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. # 16957

Certifica que:

JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO

C.C. No: ***1.049.636.958***

Aprobó satisfactoriamente los requerimientos del curso taller en:

SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB – BLS"

(RCP) Reanimación Cardio Respiratorio en Pediátricos y Adultos

Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como: ***(AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation.***

Certificodo por ***20 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***18/08/2025***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ
Director Corporoción Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DIRAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. # 16957

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP4288 certifica que

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **1049636958**

Finalizó exitosamente el curso de

con 70 horas de intensidad y dos años de vigencia
a partir del día **17** de **AGOSTO** de **2025**

Alejandra Pinilla

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educacion informal y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A07A25EXP3162 certifica que

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **1049636958**

Finalizó exitosamente el curso de

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **6** de **AGOSTO** de **2025**

Alejandra Pinilla

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educacion informal y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde /www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A09A25EXP4198 certifica que

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **1049636958**

Finalizó exitosamente el curso de

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **6** de **AGOSTO** de **2025**

Alejandra Pinilla

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educacion informal y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A07A25EXP3163 certifica que

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **1049636958**

Finalizó exitosamente el curso de

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **8** de **AGOSTO** de **2025**

Alejandra Pinilla

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno A07A25EXP3161 certifica que

Con **Cédula de Ciudadanía** N. **1049636958**

Finalizó exitosamente el curso de

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día **5** de **AGOSTO** de **2025**

Alejandra Pinilla

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educacion informal y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional
Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Jhon Alexander Muñoz Pinto

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

con una duración de 20 horas

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

méderi

LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

NIT 900210981-6

CERTIFICA:

Que el Señor **JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO**, identificado con Cédula de Ciudadanía Nro. **1.049.636.958**, estuvo vinculado a la **Red Hospitalaria Méderi** desde el **10 de junio de 2019 hasta el 01 de junio de 2021**, con un contrato a Término Fijo, ocupando el cargo de **MÉDICO GENERAL**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 08 de septiembre de 2025.

HERNANDO SUAREZ ROJAS
JEFE DE TALENTO HUMANO

Para Confirmar información favor llamar a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. Talento Humano. Calle 24 No 29-45 Tel: 5529200 ext. 3873

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

NIT 891800231-0

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** con **NIT. 891.800.231-0** y de acuerdo a la información suministrada por la oficina de contratación y el archivo de gestión documental, se evidencia que el doctor **JHON ALEXANDER MUÑOZ PINTO** identificado con cédula de ciudadanía **No 1.049.636.958,** suscribió con la E.S.E el siguiente contrato de Prestación de Servicios Profesionales:

1) Contrato No. 639 de 2025, (en ejecución), cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **VEINTISÉIS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 26.540.000),** con vigencia del **25 DE NOVIEMBRE DE 2025 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025** y con las siguientes obligaciones especificas:

1). Realizar jornada de **consulta externa** según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
2). Realizar jornadas de **cirugía programada y apoyo quirúrgico urgente** según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
3). Realizar **turno día** en horario de las 7:00 a 19:00 según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Revista médica, Interconsultas, revaloraciones en horario diurno de lunes a domingo en todos los servicios del hospital (hospitalización unidades de cuidado intensivo, atención de consulta de urgencias, salas de cirugía, recuperación ambulatoria, ginecobstetricia, entre otros) y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos clasificados como urgentes.
4). Realizar **turno noche** en horario de las 19:00 a 7:00 según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Revista médica, Interconsultas, revaloraciones en horario nocturno de lunes a domingo en todos los servicios del hospital (hospitalización unidades de cuidado intensivo, atención de consulta de urgencias, salas de cirugía, recuperación ambulatoria, ginecobstetricia, entre otros) y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos clasificados como urgentes.
5). Realizar jornadas de **juntas quirúrgicas** semanales para la definición de conducta y manejo de pacientes.
6). Las demás que por la naturaleza del contrato sean asignadas para la correcta prestación del servicio.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y la información contenida es la registrada en los documentos contractuales.
La presente se expide a los veintiséis (26) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025).

VICTOR MANUEL SANCHEZ VARGAS
Subgerente Administrativo y Financiero

Revisó: Yanyd Cecilia Pinilla Pinilla (Coordinadora área de contratación)
Proyectó: Yull Ropero (Tecnólogo Administrativo Contratación).

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	**FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE**	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 05	**(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)**	**Fecha: 26/08/2024**

Fecha 19/12/2025 **Ciudad** Tunja **Departamento Boyacá**

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR	☐	EMPLEADO	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	TERCERIZADOS	☐	TEMPORAL	☐
JUNTA DIRECTIVA	☐	OTRO	☐	CUAL _____	

1. PERSONA NATURAL

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

NACIONAL [X] EXTRANJERA [ ] PUBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Jhon Alexander Muñoz Pinto

TIPO DE IDENTIFICACION	C.C. X	C.E.	T. I	FECHA DE EXPEDICIÓN: 14/02/2012

NUMERO DE IDENTIFICACION: 1049636958 LUGAR DE EXPEDIDA: Tunja

FECHA DE NACIMIENTO: 03/02/1994 LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Av. Universitaria # 53 #80 NUMERO DE TELEFONO: 3508331375

NUMERO DE CELULAR: 3508331375 E-MAIL: alexander-1923@hotmail.com

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO [ ] INDEPENDIENTE [ ] ESTUDIANTE [X] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ]

ACTIVIDAD "CIIU" [ ] ***Opcional**

OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA
Xxxx Ortopedista	Hospital Universitario San Rafael Tunja	ortopedista

DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	NUMERO TELEFONO	E-MAIL
Cra 11 #27-27	Tunja	7405030	Contratacion

2. PERSONA JURIDICA

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

RAZON SOCIAL: NIT:

DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL	CIUDAD	NUEMERO TELÉFONO	**FAX**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	**FAX**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA		MIXTA		EXTRANJERA	
OTRA. CUAL?			CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU"					

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO

*** Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.**

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

*** Campo Obligatorio**

TOTAL ACTIVOS	$ 45'000.000	TOTAL, PASIVOS	$ 280'000.000
INGRESOS MENSUALES	$ 25'000.000	OTROS INGRESOS	$ 0
EGRESOS MENSUALES	$ 20'000.000	OTROS EGRESOS	$ 0
CONCEPTO DE LOS INGRESOS	Salen ortopedias		

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

*** Campo Obligatorio**

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐	NO ☒
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?	SI ☐	NO ☒
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐	NO ☒
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?	SI ☐	NO ☒

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? **SI** [ ] **NO** [X]

SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*

*** Campo Obligatorio**

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): Artesanías
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

8. INFORMACIÓN BANCARIA

*** Campo Obligatorio**

ENTIDAD	SUCURSAL Y/O TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
Bancolombia	Bayos	ahorro	24988628772
XXX	XXX	XX	XX

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:



HUELLA INDICE DERECHO

Ana Damaris Pinto Chaparro

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE
C.C. No 1049636958

Sandra Milena Alvarado Romero

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA
C.C. No 1100963714

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

Código: C-F-43	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL Universitario San Rafael de Tunja
Versión: 02	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	Fecha: 11/03/2024

Yo: **Jhon Alexander Muñoz Pinto** de nacionalidad COLOMBIANA identificado(a) con CC_X__ CE____ No. 1049636958 expedida en la ciudad de Tunja, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** con respecto a la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por la de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA con Nit No. 891.800.231-0 y domicilio en la Carrera 11 No. 27 - 27 de la ciudad de Tunja - Boyacá Colombia, en el marco del contrato No. , manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información del Hpspital, políticas que se encuentran publicadas en la página web https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/
2. En el presente compromiso de confidencialidad tiene por objeto definir, mantener y garantizar las obligaciones de confidencialidad y reserva absoluta que asume en relación con la información que reciba y tenga acceso directamente o a través de los colaboradores, sistemas de información de la institución, procesos de auditorías internas y externas, rondas de liderazgo, paciente trazador y demás herramientas de mejoramiento de la calidad de la institución, que le haya sido suministrada por la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y sus colaboradores, bien sea entregada por escrito, en medios magnéticos u otros idóneos para su transmisión, o que sea obtenida o conocida directamente y le sea suministrada, con ocasión del apoyo que aquella le brinda a ésta última para las gestiones relacionadas con la ejecución de las actividades y/o funciones que tenga asignadas.
3. Usar la información suministrada para el cumplimiento de mis funciones y no utilizarla de forma alguna que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
4. No divulgar, mostrar, hacer circular, reunir, sustraer, brindar, vender, intercambiar, modificar, recolectar, almacenar o replicar la información dada a conocer por el hospital, aún después de finalizada mi vinculación.
5. No publicar ni disponer de la información que tenga en mi conocimiento en sitios como Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, preservando la información a la que tenga acceso según las políticas establecidas por el hospital.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información a la persona designada por el hospital una vez se presente una modificación y/o terminación de su contrato, evitando mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo de las funciones del cargo desempeñado.
7. Garantizar la seguridad y privacidad de la información que se pone en mi conocimiento, haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el hospital, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información del hospital.
8. La información del correo electrónico es propiedad del hospital, si el correo se configura en un dispositivo móvil es responsabilidad mía la correcta utilización de la cuenta, si el dispositivo se extravía es mi obligación informar el incidente a la institución.
9. Asistir a las capacitaciones de seguridad de la información y protección de datos personales brindadas por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
10. Atender y cumplir las Políticas de Seguridad y Privacidad de la información de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Con mí firma acepto los términos y condiciones impuestos en este acuerdo de confidencialidad de la información; el no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, disciplinarias, e incluso penales por parte de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.
Se suscribe en la ciudad de , el día ( ) de de 202( ).

Firma **Jhon Alexander Muñoz Pinto**
Cédula 1049636958