

18 de February de 2026

Doctora Yamile Ramos Castro

Gerente

ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen

El Colegio, Cundinamarca

Asunto: Propuesta económica para prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito presentar propuesta económica para la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería, con el fin de apoyar las actividades desarrolladas en el área de salud pública de la institución.

La propuesta contempla la ejecución de actividades en promoción y prevención, asistencia en programas institucionales, apoyo en jornadas intramurales y extramurales, seguimiento a usuarios, educación en salud, capacitaciones comunitarias y demás funciones propias del cargo, conforme a los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.

Mi compromiso es aportar con responsabilidad, ética y vocación de servicio al fortalecimiento de los programas de salud pública y al cumplimiento de los objetivos del hospital.

Quedo atento a la definición de honorarios, modalidad contractual y demás condiciones que la institución considere pertinentes.

Agradezco su atención.

Atentamente,


1010126977
Juan Camilo Aroca González

Auxiliar de Enfermería

Teléfono: 3002246302

Correo electrónico: 21052camilo386@gmail.com



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

Código

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DE
HOJA DE VIDA

TH-F-25

Versión

PROCESO TALENTO HUMANO

V1-2023

El Colegio Cundinamarca, 16 de febrero de 2026

REF. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo Juan Camilo Aroca Gonzalez Identificado con documento de identidad N° 1010126871 de La mesa cundinamarca, doy mi autorización para la verificación de títulos y documentos de mi hoja de vida; adicional la encuesta de caracterización que a continuación se realiza, la cual lleva a cabo la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen El Colegio.

A continuación, verá una serie de preguntas que permitirá a la Institución, tener un poco más de conocimiento de los colaboradores de la entidad, por favor marque con una x Si o No, según corresponda.

PREGUNTA	Si	No
¿Es usted pre-pensionable*?		X
¿Es usted madre o padre cabeza de familia?		X
¿Presenta algún tipo de discapacidad?	¿Cual? _____	X
¿Pertenece a la comunidad LGTBI?		X
¿Pertenece a un grupo étnico?	¿Cual? _____	X
¿Cuenta con experiencia anterior en el cargo?	Años de experiencia: 5 años	Edad: 27 años

***Pre-pensionable:** las personas que le hace falta tres o menos años para cumplir con los requisitos para pensionarse

Manifiesto que recibí información clara y concreta del objeto del proceso.

Gracias por su amable atención.

Cordialmente,

Juan Camilo Aroca Gonzalez
1010126871
La mesa

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

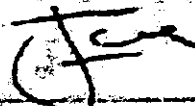
NÚMERO **1.010.126.871**

AROCA GONZALEZ

APELLIDOS

JUAN CAMILO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1999**
LA MESA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

O+

M

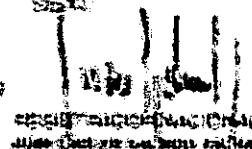
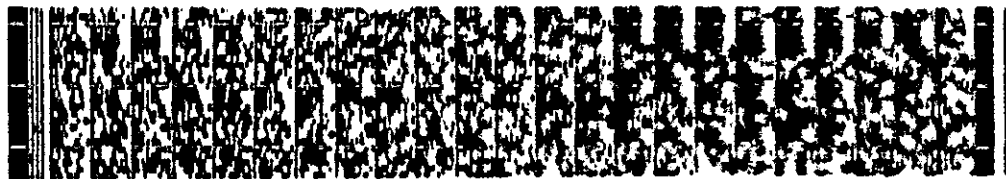
ESTATURA

GR. RH

SEXO

16-FEB-2017 LA MESA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



P-1614200-00005241-M 1010126871 20170313

005542 10001

00000012



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 Aroca	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gonzalez	NOMBRES Juan Camilo	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1010126871	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 16 MES 02 AÑO 1999 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO LA MESA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA san javier PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO LA MESA TELÉFONO EMAIL Arocacamillo386@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ÉSTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)	

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2019	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
funcion publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Integridad, transparencia y lucha contra la corrupcion	01	2026
La Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Diagnóstico y manejo clínico del dengue	01	2026

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

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 FUNDACION PARA EL ADULTO MAYOR HOGAR SARA ZAPATA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO LA MESA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 300224630			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2019	Día	10	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 4 25 17						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Merito del Colegio

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-02-17 17:53**

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CAMILO	AROCA	GONZALEZ

Documento de identificación

Tipo **CEDULA DE CIUDADANIA** Número **1010126871**

Lugar de nacimiento

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **LA MESA**

Lugar de domicilio

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **LA MESA**

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

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO

Lugar de sede

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **EL COLEGIO**

Dirección **[" CALLE 6 - 7 38"]**

Cargo o función que cumple **TÉCNICO ÁREA SALUD**

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 ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$2.000.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$20.000.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$4.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

--

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 09 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario

14671799671



(415)7707212489984(8020) 000001467179967 1

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 0 1 2 6 8 7 1

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Girardot

13. Buzón electrónico

8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 0 1 2 6 8 7 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

La Mesa

3 8 6

31. Primer apellido

AROCA

32. Segundo apellido

GONZALEZ

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

La Mesa

3 8 6

41. Dirección principal

IPM SAN JAVIER SEC EL COLEGIO

42. Correo electrónico

camiloaroca7@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 2 2 4 6 3 0 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 6 9 2 | 2 0 1 9 | 0 3 | 0 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

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

Usuarios aduaneros

54. Código

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

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 2018. 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 GAITAN GIRON MARIO AUGUSTO

985. Cargo Gestor I



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 lunes 16 de febrero de 2026, a las 14:37:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010126871
Código de Verificación	101012687-1260216143723

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291378607



PIB
14:36:20
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010126871:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:39:38 PM horas del 16/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1010126871

Apellidos y Nombres: AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO

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

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

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

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



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



Presidencia

de la República



Ministerio de

Defensa Nacional



Portal Único

de Contratación



GOV.CO



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, 16/02/2026 02:38:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1010126871** y
Nombre: **JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ**.

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. **134869776** . 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 Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Dios y
Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

515 9000



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

**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 18:18:31 horas del 17/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010126871**,
Apellidos y Nombres **AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital nuestra señora del carmen el colegio**, con NIT **860020094-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1010126871 **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 17/02/2026 06:02 PM



Código Verificación: 9GFW5KMQPH

Válida hasta: 18/05/2026

Dirección de Gobierno Digital

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



La República de Colombia

En su nombre la

Institución Educativa Departamental

"San Javier"

Inspección de San Javier - La Mesa - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según
Resolución No. 005448 del 02 de Diciembre de 2003 y Resolución No. 001564 del 11 de Marzo de 2008

Confiere a:

Juan Camilo Aroca González

Identificado (a) con C.C. No. 1.010.126.571

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994;
según los planes y programas vigentes



Rector

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL "SAN JAVIER"
La Mesa - Cundinamarca
RECTOR
[Firma]
H. José Carlos Roberto Fala

Secretaria

[Firma]
Martha Cecilia Contreras Arcevalo

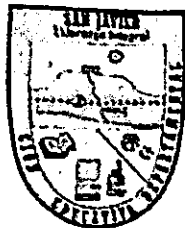
Libro de Registro N° 32

Folio N° 010

Folio N° 31

Hecho en La Inspección de San Javier - La Mesa Cundinamarca el día 04 de Diciembre del año:

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
SAN JAVIER

Inspección de San Javier
LA MESA - CUNDINAMARCA

Nit: 808003773-1

225386000605
INSCRIPCION DANE

En la Inspección de San Javier - La Mesa - Cundinamarca, a los 4 días del mes de Diciembre del año 2015 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Pagadora en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SAN JAVIER MUNICIPIO DE LA MESA CUNDINAMARCA. Institución aprobada hasta Grado Once en el nivel de Educación Media Académica. licencia de funcionamiento y/o reconocimiento de carácter oficial por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 005448 del 02 de Diciembre de 2003 y Resolución No. 001564 del 11 de Marzo de 2008.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADEMICO

al graduado cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Juan Camilo Aroca González

Identificado (a) con T.I. No. 1.010.126.871

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° de fecha 04 de Diciembre del año 2015 que consta de 9 estudiantes; que comienza con el nombre de JUAN CAMILO AROCA GONZÁLEZ y se termina con el nombre de ZAIRA XIMENA ZAMORA GARCÍA.

Rector

Secretaria

José Edgar Riveros Fula

I.E.R.D. SAN JAVIER
La Mesa Cund.
PAGADOR
Martha Cecilia Quintero Arevalo

Dada en La Inspección de San Javier - La Mesa Cundinamarca, a los 04 días del mes de Diciembre del año 2015

NOTA: SEGUN DECRETO No. 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982, NO REQUIERE AUTENTICACION DE FIRMAS



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Con Tarjeta de Identidad No. 1.010.126.871

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TÉCNICO EN

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en La Mesa,
a los veintidos (22) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)*

Firmado Digitalmente por
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA

SUBDIRECTOR CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

18594301 - 22/10/2015

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://verificadores.sena.edu.co>, bajo el número 951100706658711010126871C.



REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD
EMPRESARIAL

ACTA DE GRADO

Nº Y FECHA REGISTRO 35133269 - 14/06/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ, Con Cedula de Ciudadania No. 1.010.126.871

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN MANEJO AMBIENTAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en La Mesa, a los catorce (14) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA
SUBDIRECTOR CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9511001134502CC1010126871A.



La República de Colombia
y en su nombre

**La Corporación de Estudios en
Administración y Salud
CEAS**

Institución de Educación para el trabajo y Desarrollo Humano

Con autorización Resolución No. 0010391 del 10 de noviembre de 2013
emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca

Teniendo en cuenta que:

Aroca Gonzalez Juan Camilo

C.E. No. 1.010.126.871 de La Mesa

Culminó satisfactoriamente sus estudios cumpliendo con todos los demás
requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de

Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar de Enfermería

con intensidad de 1600 horas

En constancia de lo anterior firma en La Mesa - Cundinamarca
a los 13 días del mes de Julio del año 2019

Folio 60 Registro 2

Director

Secretaria

**CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN
Y SALUD - CEAS**

PROGRAMA: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO No39

En el municipio de LA MESA – CUNDINAMARCA, el día 13 de julio de 2019 se llevó a cabo el acto de graduación presidido por la Enfermera VANESA CARREÑO RODRIGUEZ, Directora, en la cual la corporación de estudios en administración y salud, autorizada para tal efecto según Acuerdo Número 175 de la comisión intersectorial para el Talento Humano del Ministerio de la Protección Social del 21 de mayo de 2009 y Resolución Número 0010691 del 10 de noviembre de 2015 de la SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA, confirió el título de TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

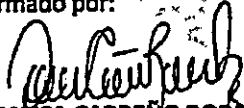
A: Aroca Gonzalez Juan Camilo

Identificado con C.C. 1.010.126.871 de La Mesa

Quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos de la Corporación de Estudios en Administración y Salud y con las normas legales / Ministerio de Educación Decreto 114 de Enero 15 de 1996, y otorga el diploma que acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en el municipio de la Mesa – Cundinamarca – el 13 de julio de 2019

Firmado por:


VANESA CARREÑO RODRIGUEZ
Directora


DIANA MARCELA ZAMORA CRUZ
Secretaría

Registro de Diploma No. 2 Libro 1 Folio 60

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1010126871

Primer Nombre

juan

Primer Apellido

aroca

Confirme los números de la Imagen *

8622

Cambiar

7745

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-02-16→3:02:04 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1010126871	JUAN	CAMILO	AROCA	GONZALEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ identificado(a) con CC 1010126871 registra La siguiente información:

2026-02-16→3:02:04 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-07-25	2159	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARC/

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se

profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

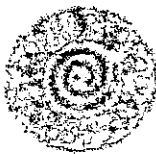
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones



CUNDINAMARCA
"EL DORADO"
LA URBANA

2159

RESOLUCIÓN No. 25 -

DE 2019

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y.

CONSIDERANDO:

Que AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1010126871, expedida en LA MESA CUNDINAMARCA, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA; diploma otorgado por, LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS EN LA MESA CUNDINAMARCA, según ACTA DE GRADO No. 39 DEL 13 DE JULIO DE 2019

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2º, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1010126871, expedida en LA MESA CUNDINAMARCA, para ejercer como TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición que se interpondrá dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., el

25 JUL 2019

ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Secretaria de Salud

Proyecto: Juan Camilo Aroca

Revisó: Dora E. Rodríguez Paredes

V.S. CAJAL: Guillermo Lolo Valdez

BOGOTÁ D.C.

A la fecha fue notificado personalmente al

SEÑOR(A) Juan Camilo Aroca González

CC No. 1010126871

Firma

1524 22 DE JULIO 2019



FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012624282
9012624282

30217658

1- DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite

2. Tipo de Afiliación

3. Régimen

4. Contribución

5. Tipo de afiliado

6. Tipo de afiliación

7. Código

29 01 2026

8. Apellidos y nombres

9. Tipo de documento de identidad

10. Número del documento de identidad

11. Sexo biológico

12. Sexo identificación

13. Nacionalidad

14. Lugar de nacimiento

15. Fecha de nacimiento

16. 02

17. 1999

18. Etnia

19. Comunidad

20. Discapacidad

21. Tipo encuesta

22. Clasificación SISBEN

23. Grupo de población especial

24. Acumulador de Bajas Laborales - ABL

25. Acumulador de Prestaciones

26. Ingreso base de cotización - IBC

27. Tarifa contribución subsidio

28. \$1.750.905

29. Residencia

30. Datos complementarios (datos personales)

31. Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar

32. Apellidos y nombres

33. Tipo de documento de identidad

34. Número del documento de identidad

35. Sexo biológico

36. Sexo identificación

37. Nacionalidad

38. Lugar de nacimiento

39. Fecha de nacimiento

40. Datos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

41. Apellidos y nombres

42. Tipo de documento de identidad

43. Número del documento de identidad

44. Sexo biológico

45. Sexo identificación

46. Nacionalidad

47. Lugar de nacimiento

48. Fecha de nacimiento

49. Datos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

50. Parentesco

51. Etnia

52. Comunidad

53. Grupo de población especial

54. Tipo encuesta

55. Clasificación SISBEN

56. Discapacidad

57. Ingresos adicionales

58. Datos de residencia

59. Departamento

60. Municipio / Distrito

61. Zona

62. Cabecera

63. Población

64. Centro

65. Población

66. Población

67. Población

68. Población

69. Población

70. Población

71. Población

72. Población

73. Población

74. Población

75. Población

76. Población

77. Población

78. Población

79. Población

80. Población

81. Población

82. Población

83. Población

84. Población

85. Población

86. Población

87. Población

88. Población

89. Población

90. Población

91. Población

92. Población

93. Población

94. Población

95. Población

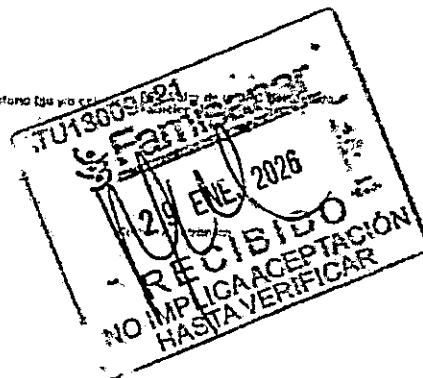
96. Población

97. Población

98. Población

99. Población

100. Población



63. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

64. Código de la IPS
(a registrar por la IPS)

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

65. Nombre o razón social
AROCA GONZALEZ JUAN CAMILO
66. Dirección
CARRERA 8 N 3 28

67. Tipo de documento
de identificación **CC**
68. Número del documento
de identificación **3114913**

69. Tipo de aportante o pagador de
pensiones (a registrar por la IPS)
LA MESA CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

70. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Cesación de datos básicos de identificación 3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y renovación de datos complementarios 5. Terminación de la inscripción en la IPS Externa 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 9. Códigos de relación laboral o económica (de beneficiarios, por ejemplo)
10. Suspensión de la relación laboral o económica de los beneficiarios para ser retirados 11. Inscripción de un nuevo afiliado 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar
pensiones (pensiones) 13. Vinculación en una entidad autorizada para realizar pensiones (pensiones) 14. Movilidad A. Régimen Contributivo B. Régimen Especializado
15. Inscripción A. Nuevo Régimen B. Cambio de Régimen 16. Reporte del fallecimiento del Cónyuge o Cabeza de familia 17. Reporte del término de prestación al servicio
18. Reporte de la calidad de Prepensado 19. Reporte de la calidad de Pensionado 20. Reporte a Contribución Solidaria 21. Datos de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

62. Tipo de documento
de identidad

63. Número del documento de identidad

64. Sexo biológico
Femenino Masculino

65. Fecha de nacimiento

66. Fecha de nacimiento

67. EPS anterior

68. Fecha de novedad
29 01 2026

69. Motivo de traslado
Código

70. Caja de Compensación Familiar o
Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

71. Declaración de dependencia económica de los
beneficiarios y afiliados adicionales
72. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen
Contributivo, Especial o de Excepción
73. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor
o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos
que acreditan la condición de beneficiarios
74. Declaración de no información del cónyuge, cabeza de
familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución
Prestadora de Servicios de Salud
75. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y
copia de los historiales médicos de los beneficiarios o afiliados
y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
76. 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 los organismos públicos que por sus funciones la requieran
77. Autorización para que la EPS mantenga los datos personales del afiliado
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
78. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al
celular como mensajes de texto
79. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria
y de realizar los pagos correspondientes
80. Aceptación en la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución
Solidaria, según la encuesta del Subejecutivo

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

81. Encaso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporta la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

82. Tipo de documento de identidad

83. Número del documento de identidad

84. FIRMAS

85. ANEXOS

86. Asiento según el documento de identidad

87. Asiento según el documento de identidad

TOTAL ANEXOS

88. Copia del documento de inscripción por parte de la autoridad competente
89. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, o de la declaración de unión marital
90. Copia de la escritura pública o escritura judicial que declare el divorcio, separación judicial que declare la unión marital
91. Copia de la escritura pública o escritura judicial que declare la separación de cuerpos y
92. Copia del acta de inscripción o acta de inscripción que declare la separación de la unión marital
93. Copia de la orden judicial o del acta de inscripción de la unión marital
94. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el consentimiento de los padres o la declaración escrita que el cónyuge según la declaración de los hijos, padres
95. Copia de la autorización de trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Decreto 1377 de 2013 y el artículo 217 del Decreto 761 de 2012)
96. Copia de la autorización o una entidad autorizada para realizar pensiones colectivas
97. Copia del acta de inscripción o procedimiento de los beneficiarios competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se declare la afiliación de ellos

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

98. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

99. Nombre de la institución

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

100. Apellidos y nombres

101. Tipo de documento
de identidad

102. Número del documento
de identidad

103. Fecha del funcionario

104. Fecha de radicación

105. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

CARGO: INDEPENDIENTE

Requerido 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



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.208-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.126.371**,
se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 18 de febrero de 2026 .

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que?
porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



Gustavo Espinal Carrasquilla
Médico Cirujano Universidad Nacional - Especialista en Salud Ocupacional - Universidad Manuela Beltrán
Licencia en SST 8047 del 17/09/2019 Secretaría de Salud de Bogotá
Medicina - Odontología - Laboratorio Clínico

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



Cód. HC-FT-01

Versión 01

Fecha 1-ENERO-2017

Pág. 1 de 4

LUGAR

BOGOTÁ

FECHA

26 ENE 26

TIPO DE EXAMEN

Preingreso

☒

Periódico

Egreso

Otro

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL TRABAJADOR

EMPRESA	PARTICULAR	CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
APELLIDOS	AROCA GONZALEZ	NOMBRES	JUAN CAMILO
DOCUMENTO N°	1.010.126.871 CC ☒ CE ☐ PA ☐ OT ☐	CELULAR	3002246302
		EDAD	26 años

2. EXÁMENES OCUPACIONALES REALIZADOS

PARACLÍNICOS	Audiometría	Visiometría	Optometría	Espirometría	Otro:
LABORATORIOS	Hemograma	Glicemia	Colesterol Total	Triglicéridos	Otro:
	Uroanálisis	Coprológico	Frotis de uñas	Frotis Faríngeo	Otro:
IMÁGENES DX	Rx. de Tórax	Rx. Columna vert.	Electrocardiogr.	Ecografía abdom.	Otro:
VACUNACIÓN	Tétanos	Fiebre Amarilla	Hepatitis B	Influenza	Otro:
ANEXOS Y ÉNFASIS	Osteomuscular	☒ Trab. en Alturas	Man. Alimentos	Cardiovascular	Otro:

OBSERVACIONES:

3. CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO DE PREINGRESO				EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO				EXAMEN MÉDICO DE EGRESO				OTROS EXÁMENES MÉDICOS				
Satisfactorio. Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo.		X		Satisfactorio. Puede continuar con su actividad laboral actual.				Satisfactorio. No se identifican condiciones de salud de origen laboral.				Satisfactorio. Puede reintegrarse a sus labores habituales sin restricciones.				
Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral actual.				Signos y síntomas de Enf. General que deben ser valorados por la EPS.				Signos y síntomas de Enf. General que deben ser valorados por la EPS.				Puede reintegrarse a sus labores habituales siguiendo recomendaciones.				
Aplazado. Presenta enfermedad que requiere tratamiento antes de ingresar.				Sospecha de Enf. Laboral que debe ser valorada por EPS/ARL.				Sospecha de Enf. Laboral que debe ser valorada por EPS/ARL.				Signos y síntomas que deben ser valorados por la EPS/ARL.				
Presenta condición médica que limita cumplir con los requisitos del cargo.				Se sugiere iniciar/continuar con Reubicación/Restricción Laboral.				Secuelas de Acc. de Trabajo que deben ser valoradas por EPS/ARL.				Se sugiere iniciar/continuar con Reubicación/Restricción Laboral.				
APTO	TRABAJO EN ALTURAS	SI		No	NA	X		MANIP. DE ALIMENTOS		SI		No	NA	X		
	ESPACIOS CONFINADOS	SI		No	NA	X		MANIP. DE QUÍMICOS		SI		No	NA	X		

4. RECOMENDACIONES LABORALES Y GENERALES

LABORALES		INCLUIR EN SVE		GENERALES		TRATAMIENTO Y REMISIÓN		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
Pausas activas (gimnasia laboral)		Auditivo	Visual	Medidas anti vérices		Control por P. y P. en EPS		Actividad física regular	
Higiene postural laboral y extralaboral		Biomecánico		Control de cifras tensionales		Continuar manejo médico		Alimentación saludable	
Uso de E.P.P. apropiados para la labor		Cardiovascular		Control metabólico periódico		Se prescribe tratamiento		Reducir consumo de cigarrillo	
Adecuada manipulación de cargas		Psicosocial		Uso de corrección visual		Exámenes adicionales		Reducir consumo de alcohol	
Control periódico ocupacional		Dermatológico		Uso de protección solar		Valoración por EPS/ARL		Mejorar hábitos de sueño	
Análisis de puesto de trabajo		Respiratorio	Químico	Completar esquema vacunación		Remisión prioritaria a EPS		Manejo del estrés/ansiedad	

1. ACTIVIDAD FÍSICA TRES VECES POR SEMANA

2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

3. CONTROL POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS SENTADO Y DE PIE CADA 2-3 HORAS

RES. 2346/97 - ART. 14: "La Medicina clínica ocupacional y su práctica, se fundamenta en el conocimiento de las condiciones de trabajo y de la salud del trabajador, con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades laborales y de origen ocupacional. Para ello, el médico debe tener acceso a la historia clínica ocupacional. Con el fin de garantizar que no se vea afectada la confidencialidad de la información, se debe garantizar que la información sea accesible de manera segura y que los datos sean veraces y puedan ser confiables."

Dra. Julieth Aroca
Médico General
Eps. Salud Ocupacional
Res. 14097 - 2019
FIRMA DEL MÉDICO EVALUADOR

Juan Camilo Aroca Gonzalez
FIRMA Y DOCUMENTO DEL TRABAJADOR

FUNDACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR HOGAR SARA ZAPATA
NIT.800088486-6

La Mesa Cundinamarca, 26 de enero de 2026

Señores:
A quien interese
Ciudad

REF. CONSTANCIA LABORAL

Apreciados señores:

La Fundación para el Adulto Mayor hogar Sara Zapata certifica que el señor JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ identificada con cedula de ciudadanía N° 1.010.126.871 laboro en esta institución desde el 01 de agosto de 2019 y hasta 10 de noviembre de 2025 en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERÍA, caracterizándose por ser una persona responsable y comprometida con su trabajo.

La presente se firma en la Mesa Cundinamarca a los 26 días del mes de enero de 2026 a solicitud del interesado

FUNDACIÓN PARA EL ADULTO
MAYOR HOGAR SARA ZAPATA
NIT: 800 088.486-6

Yenny S Anaya

Atentamente,
YENNY SIRLEY ANAYA
DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y
OPERATIVA
FUNDACIÓN SARA ZAPATA



LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN EN SALUD

Con una intensidad de 120 horas

En constancia se firma a quince (15) días del mes de Enero de 2026

En La Mesa, Cundinamarca

Válido por dos años


VANESA CARREÑO RODRIGUEZ
Directora Académica


Janeth Foreiro Valencia
Trabajadora Social
JANETH FOREIRO VALENCIA
C.C. 109075212 - A - UCMC
Trabajadora Social / Docente

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com

www.ceaslamesa.edu.co



Función Pública

mipg

modelo integrado
de planeación
y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

C.C 1.010.126.871

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 17 de febrero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769477229000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".



Función Pública

nipg

modelo integrado
de planeación
y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

C.C 1.010.126.871

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 17 de febrero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7694772293161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015.



Función Pública

nipg

modelo integrado
de planeación
y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

C.C 1.010.126.871

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 17 de febrero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769477229206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015.

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor **JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ** identificado con Cedula de Ciudadanía N° 1.010.126.871, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar.

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	CAMILO
Primer Apellido:	AROCA
Segundo Apellido:	GONZALEZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1.010.126.871
Razón para el estado:	Reservista
Estado del Ciudadano:	1ra 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 27 días del mes de Enero de 2026, a las 11:45:55 AM

Cordialmente,

Gen. JUAN MAURICIO DÍAZ SÁNCHEZ

Generó: Sistema Fénix

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104-64 Bogotá D.C. Colombia
CecCenter (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes





E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT

PROCESO CALIDAD

Código

CONTRA-F-1

Versión

V01-2025

Fecha de diligenciamiento

17/02/2026

Ciudad

Tipo de Solicitud

Nuevo Actualización

☐☐

Clase de vinculación:

Empleado

☐

Proveedor servicios salud

☐

Proveedor suministros

☐

Contratista

☐

1. PERSONA NATURAL

Apellidos Acosta Gendalez Nombres Juan Camila
CC ☒ CE ☐ RUT ☐ Otro ☐ Cuál ☐ No 1010126827 Fecha Nacimiento 16/02/1999
Lugar de Nacimiento 12 mesa Nacionalidad Colombiana Ocupación/Oficio Avul. 21 Enfermería
Profesión Avul. 21 Enfermería Teléfono Celular 300246301
Dirección Residencia Calte 4a N° 25-17 Municipio 12 mesa
Ingresos Mensuales \$ 2000.000 Egresos \$ 1000.000
Activos \$ 2000000.00 Pasivos \$ -
Patrimonio \$ 20.000.000 Otros Ingresos \$
Concepto otros ingresos

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social NIT DV
Tipo de Empresa Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la Economía CIU
Tipo de Contribuyente Rég. Común ☐ Gran Contribuyente ☐ Otras Entidades
Fecha de constitución Cámara de Comercio dd/mm/aaaa Correo electrónico empresarial
Dirección Oficina Principal Municipio Tél.:
Dirección Sucursal/Agencia Municipio Tél.:
Representante Legal PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE
CC ☐ CE ☐ Otro ☐ Cuál ☐ No Fecha Nacimiento dd/mm/aaaa
Identificación socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aportes o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	Apellidos y Nombres	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en Países? Cuáles
			SI ☐ No ☐	SI ☐ No ☐	SI ☐ No ☐	
			No ☐ SI ☐	No ☐ SI ☐	No ☐ SI ☐	
			SI ☐ No ☐	SI ☐ No ☐	No ☐ SI ☐	
			No ☐ SI ☐	No ☐ SI ☐	SI ☐ No ☐	
			SI ☐ No ☐	☐ ☐	☐ ☐	

Ingresos Mensuales \$ Egresos \$
Activos \$ Pasivos \$
Patrimonio \$ Otros Ingresos \$
Concepto otros ingresos



Celular: 3107823161

Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT

PROCESO CALIDAD

Código

CONTRA-F-1

Versión

V01-2025

3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?

SI ☐ No ☐

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

SI ☐ No ☐

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general?

SI ☐ No ☐

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?

SI ☐ No ☐

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?

SI ☐ No ☐

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1 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 de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

3 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?

SI ☐ No ☐

Importaciones

☐ Exportaciones

☐ Inversiones

Transferencias

☐

Otras

☐

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior?

SI ☐ No ☐

Posee cuentas bancarias en moneda extranjera?

SI ☐ No ☐

Tipo de producto	Identificación del producto	No. del producto	Monto \$	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel Nacional o Internacional para el control de lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo me responsabilizo entre la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio, porque mis empleados, accionistas, miembro de junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentra en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio.



Celular: 3107823161

9 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
COLEGIO**

**FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS
NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT**

PROCESO CALIDAD

Código

CONTRA-F-1

Versión

V01-2025

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la información

☐

La Cédula de Ciudadanía coincide con el nombre suministrado

☐

Se confirma los datos registrados en el formato

Verificación de las siguientes listas

☐

Lista Clinton

☐

Lista SDN personas y empresas sancionadas por el gobierno de E.U.A.

☐

Lista de los más buscados por Interpol

☐

Antecedentes Judiciales

☐

Policia Antecedentes Fiscales

☐

Antecedentes Disciplinarios

☐

Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en listas Informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPIRAR LA INFORMACIÓN

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

Nombre

Tipo y Número de Documento

Cargo

Extensión

Fecha

Hora

Tipo y Número de Documento

Cargo

Extensión

Fecha

Hora



Celular: 3107823161

9 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS - SARLAFT

PROCESO CALIDAD

Código

CONTRA-F-1

Versión

V01-2025

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de éste documento autorizo a la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de EL Colegio:

1 Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.

2 Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen no provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el Orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. terminara de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran a ser:

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2 Sea vinculado en listas para el control de lavados de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3 Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en ésta cláusula.

El suscriptor de éste documento, Indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. por parte del suscripto de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. y a los terceros que éste le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica

☐

2 Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal

☐

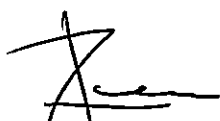
3 Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



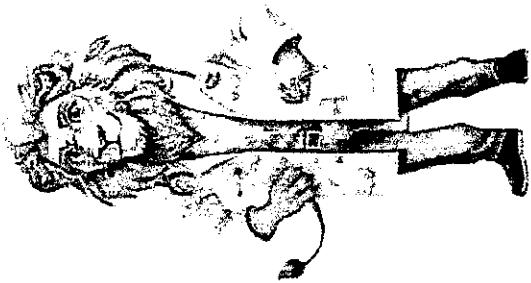

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL



Celular: 3107823161

9 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co



La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,

Otorga a:

Juan Camilo Aroca González

*Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:*

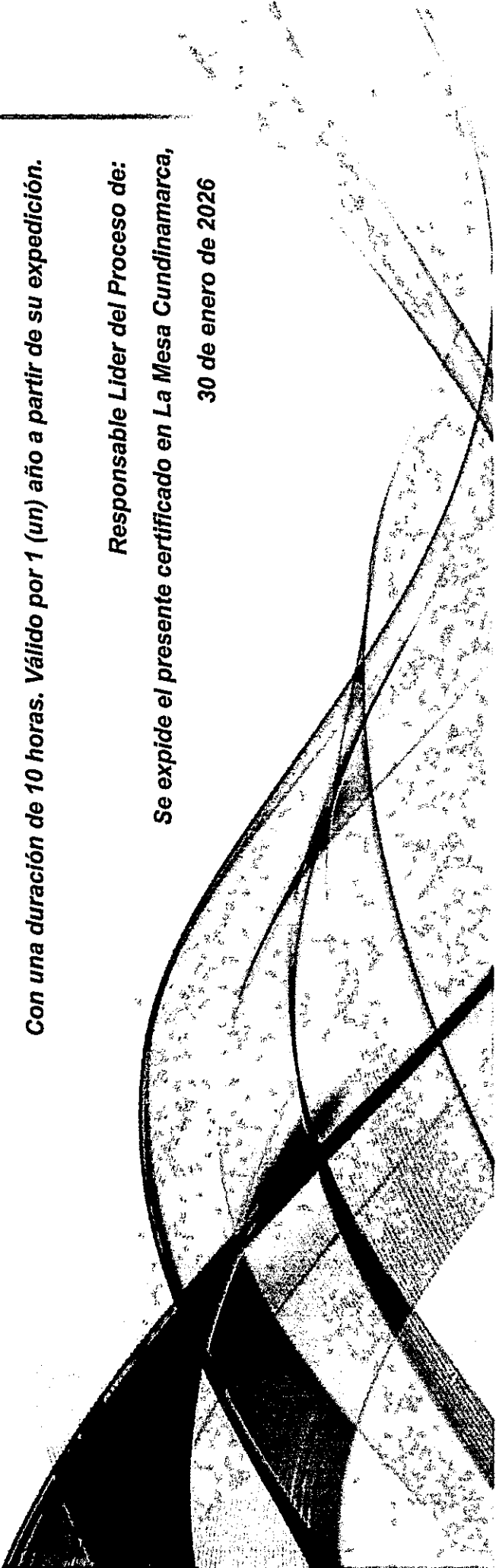
Inducción IAMI-2026

Con una duración de 10 horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

Responsable Líder del Proceso de:

Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,

30 de enero de 2026





LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

ATENCIÓN INICIAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de 20 horas

En constancia se firma a los veinte (20) días de Enero del 2026

En La Mesa, Cundinamarca

Válido por dos años


VANESA CARREÑO RODRIGUEZ

Directora Académica

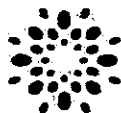

Janneth Forero Valencia
Trabajadora Social

JANNETH FORERO VALENCIA

Trabajadora Social / Docente

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com

www.ceaslamesa.edu.co



**Banco
Caja Social**
Su banco amigo.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con **CC 1010126871**

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina LA MESA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:

24096380525

Fecha de apertura:

26 de Agosto de 2019

Condiciones de uso:

Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector

Estado:

Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 17 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Carné Digital
de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



QR: ead550ae-8a4f-409a-903b-539e7b5ee1b2

Nombres y apellidos / Full name

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

10101268710000

Fecha de nacimiento / Date of birth

16/02/1999

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3002246302

Correo electrónico / e-mail

Arocacamillo386@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
		Día	Mes	Año				
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
VPH	Primera	23	7	2013		J004440	SOACHA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS	
TD Adulto	Primera	24	10	2020		2338L024F	LA MESA CENTRO MEDICO COLSUBSI	GLORIA STELLA PULIDO
TD Adulto	Segunda	30	1	2021		2338L024F	LA MESA CENTRO MEDICO COLSUBSI	GLORIA STELLA PULIDO
COVID ASTRAZENECA	Primera	17	9	2021	Oxford-AstraZeneca	PV46683	LA MESA CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO	FANNY LISETH MONTILLA TRIANA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	13	4	2022	PFIZER	PCA0056	LA MESA HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	MAYRA ALEJANDRA BELTRAN MONTENEGRO
COVID JANSSEN	Segundo Refuerzo	23	8	2022	Janssen	201G21A	LA MESA HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	MAYRA ALEJANDRA BELTRAN MONTENEGRO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	18	12	2023	BUTANTAN	230047	LA MESA HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	MARIA RODRIGUEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	22	7	2024	Green Cross	V60524002	LA MESA HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	MARIA RODRIGUEZ
Fiebre Amarilla	Única	3	6	2025	Fabricante	24F0617	LA MESA CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO	GLORIA PULIDO
Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición	Segunda	21	8	2025	Serum	1484T128	LA MESA HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	MARIA EMMA RODRIGUEZ MUÑOZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	10	9	2025	GC BIOPHARMA CORP	V60525007	LA MESA HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	DIANA MARCELA COFLES CORREA - CC1072425302 - Activo

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.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide 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.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



Corporación de Estudios
En Administración y Salud

C. E. A. S.

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

CEDULA DE CIUDADANIA No. C.C 1.010.126.871

Asistió al Taller

**TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO
DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD**

Con una intensidad de 20 horas teórico-prácticas

En constancia se firma a los dieciséis (16) días del mes de Enero del 2026

La Mesa, Cundinamarca

Valido por 2 años

VANESA CARRENO RODRIGUEZ

Directora Académica

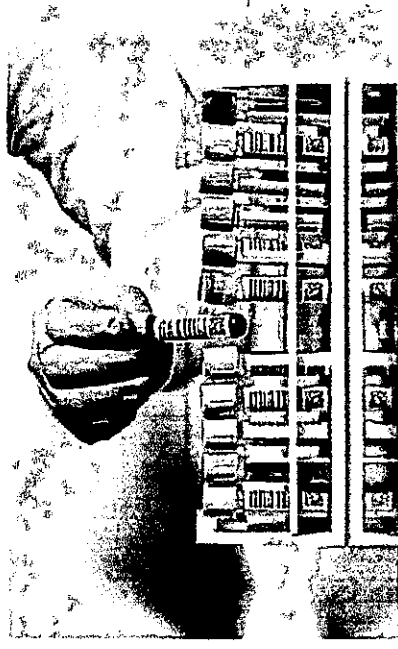
DIANA MARITZA LEAL VALENCIA

Bacterióloga/ Docente



Para verificar esta certificación comunicarse al 3115317521 o 3112287093

c.e.a.slamesa@hotmail.com





LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

POCT (Point Of Care Testing)

(pruebas de laboratorio en lugar de asistencia)

Con una intensidad de 20 horas

En constancia se firma a los veintidós (22) días de Enero de 2026

En La Mesa, Cundinamarca

Válido por dos años

VANESA CARREÑO RODRIGUEZ

Directora Académica

DIANA MARITZA LEAL VALENCIA

Bacterióloga/ Docente

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com

www.ceaslamesa.edu.co



800-4160-89ac-387bc680058

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Juan camilo aroca gonzalez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

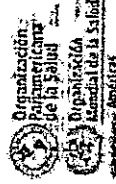
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

17 de febrero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.

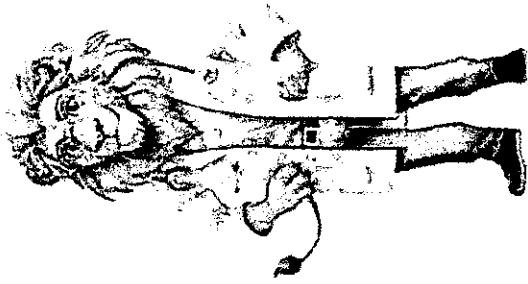
Director



OPS

CAMPUS
VIRTUAL
DE SALUD
PÚBLICA

FIU | Robert Stempel College
of Public Health
& Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY



La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,

Otorga a:

Juan Camilo Aroca González

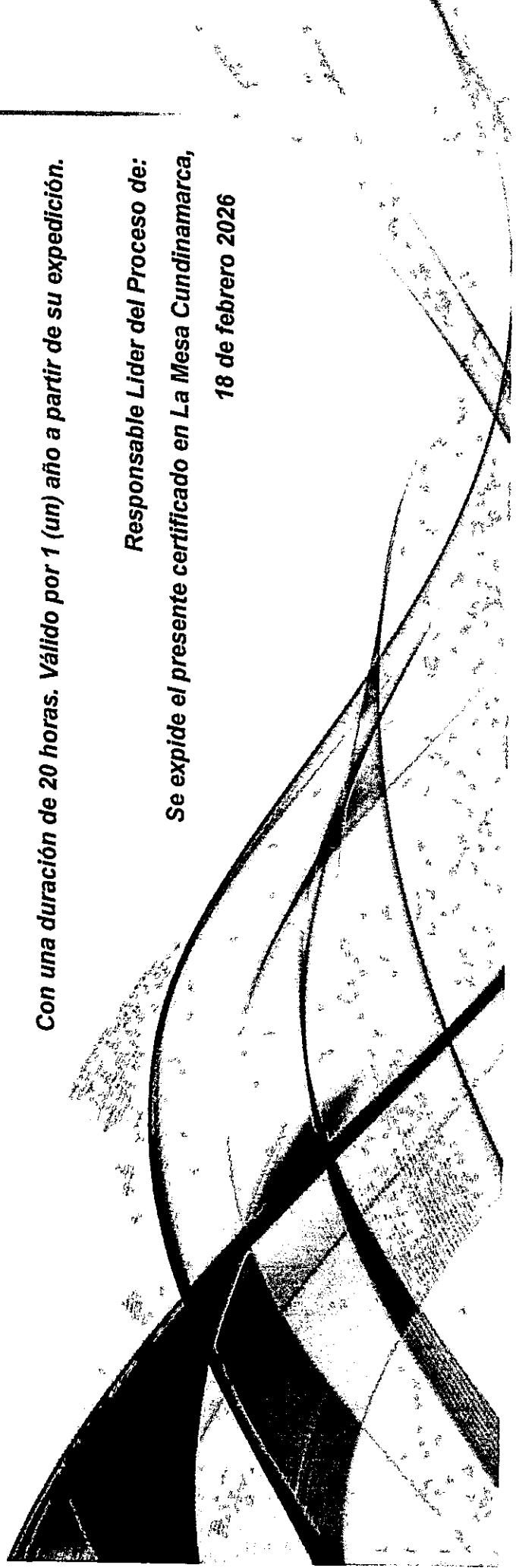
**Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:**

AIEPI CLINICO

Con una duración de 20 horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

**Responsable Líder del Proceso de:
Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,**

18 de febrero 2026





LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

CUIDADO PALIATIVO Y MANEJO DEL DUELO Y DOLOR

Con una intensidad de 120 horas

En constancia se firma a quince (15) días del mes de Enero de 2026

En La Mesa, Cundinamarca

Válido por dos años

VANESA CARREÑO RODRIGUEZ

Directora Académica

Janneeth Forero Valencia
Trabajadora Social

JANNEETH FORERO VALENCEIA

Q.E. 109075212 - A - UCMC
Trabajadora Social / Docente

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com

www.ceaslamesa.edu.co

LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN
ADMINISTRACIÓN Y SALUD C.E.A.S.

CERTIFICA QUE:

Corporación de Estudios
En Administración y Salud
Resolución 0010691 S.E.C de 2015
NIT: 830.013-214-7

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871



**Aprobó el Curso
SOPORTE VITAL BASICO**



Con una intensidad de 20 horas teórico-prácticas
En constancia se firma a los 24 días del mes de Enero de 2026
La Mesa, Cundinamarca
Válido por dos años

VANESA CARREÑO RODRIGUEZ
Directora Administrativa CEAS

JHON LANCHEROS MONROY
Instructor NAEMT ID# 479776

CEAS





LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

TOMA DE PRUEBAS RAPIDAS PARA VIH Y SIFILIS

Con una intensidad de 20 horas

En constancia se firma a los quince (15) días de Enero del 2026

En La Mesa, Cundinamarca

Válido por dos años

DIANA MARITZA LEAL VALENCIA

Bacterióloga/ Docente

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com

www.ceaslamesa.edu.co



LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificado con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

ATENCIÓN INICIAL A VÍCTIMAS DE QUEMADURAS POR ÁCIDOS

Con una intensidad de 20 horas

En constancia se firma a los veinticinco (25) días del mes de Enero del 2026

En La Mesa, Cundinamarca

Válido por dos años

VANESA CARREÑO RODRIGUEZ

Directora Académica

Janet Forero Valencia

Trabajadora Social

JANET FORERO VALENCIA

R.E. 109075212 - A - UCMC

Trabajadora Social / Docente

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com

www.ceaslamesa.edu.co



LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD CEAS

Resolución 0010691 S.E.C de 2015

NIT: 830.013-214-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

Identificada con C.C. No. 1.010.126.871

Cursó y Aprobó la Formación en:

CURSO DE VACUNACION PAI

Con una intensidad de 40 horas Teórico-Prácticas

En constancia se firma a los trece días del mes Enero de 2026

La Mesa, Cundinamarca

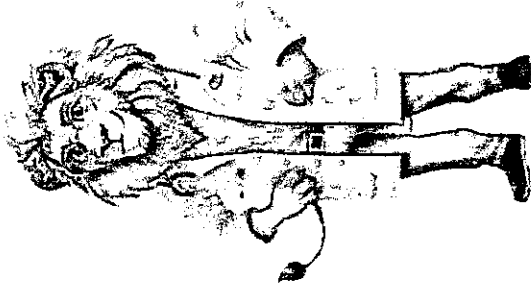
Válido por dos años

VANESA CARREÑO RODRIGUEZ
Directora Administrativa CEAS

JHON LANCHEROS MONROY
Instructor

Para verificar esta certificación comunicarse al 3112287093 / c.e.a.slamesa@hotmail.com
www.ceaslamesa.edu.co

La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,



Otorga a:

Juan Camilo Aroca González

*Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:*

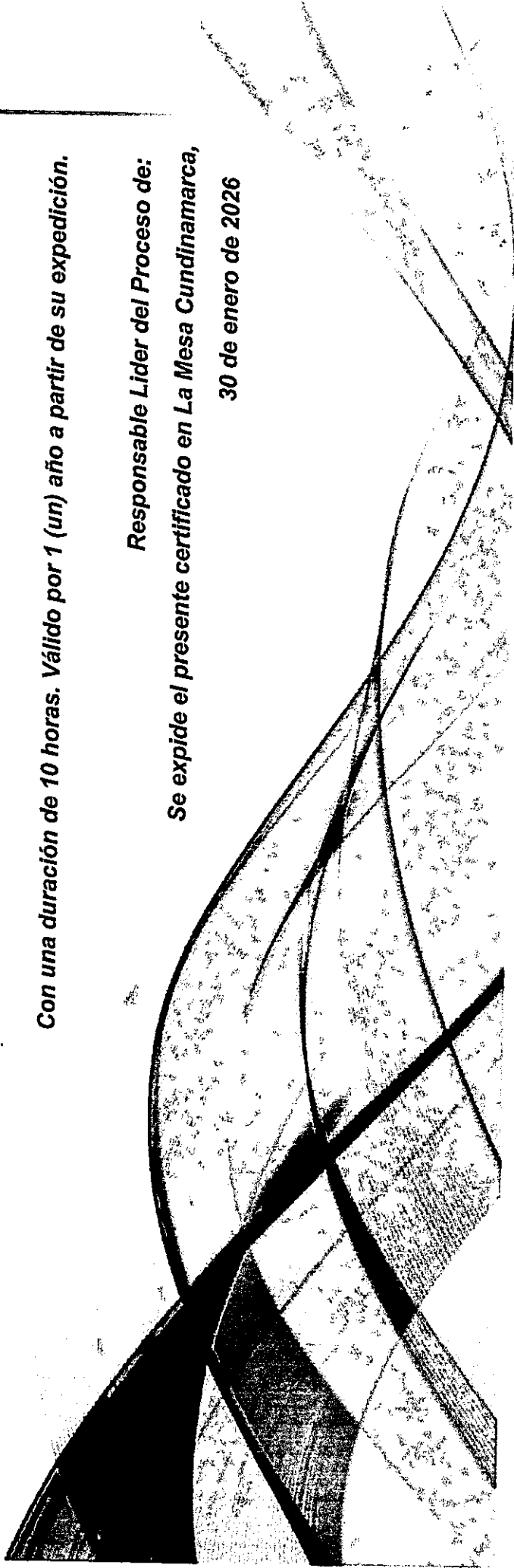
INDUCCIÓN - TECNOVIGILANCIA

Con una duración de 10 horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

Responsable Líder del Proceso de:

Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,

30 de enero de 2026



La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,



Otorga a:
Juan Camilo Aroca González

*Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:*

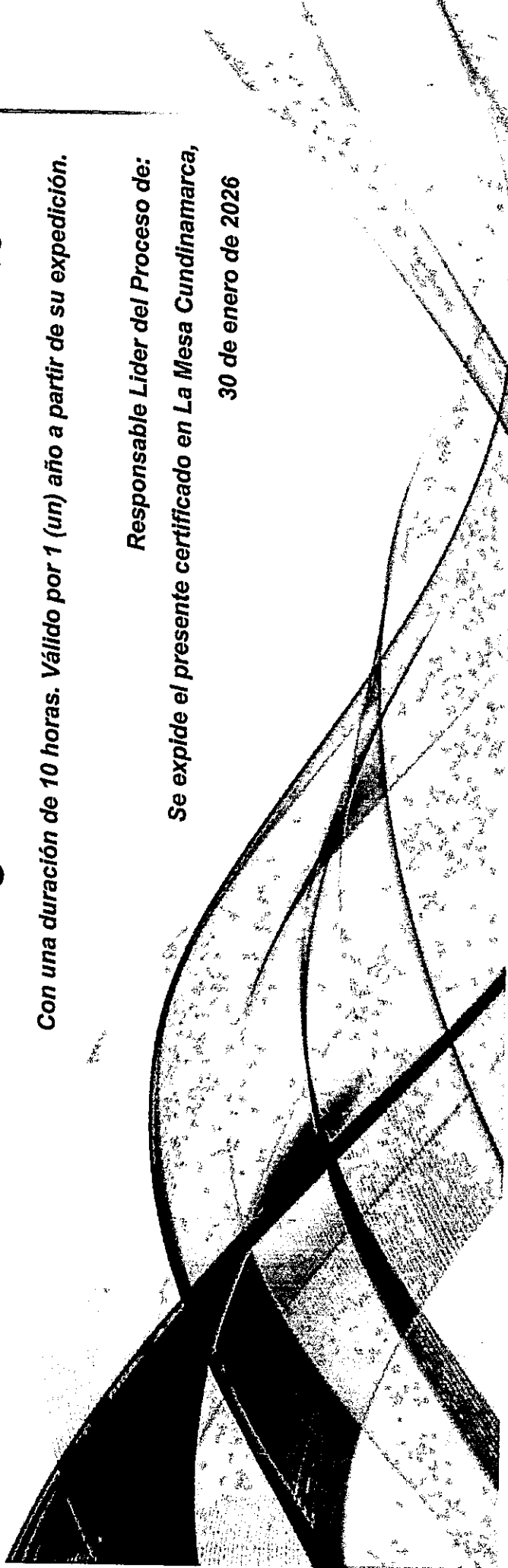
Seguridad del Paciente -2026

Con una duración de 10 horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

Responsable Líder del Proceso de:

Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,

30 de enero de 2026





La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,

Otorga a:

Juan Camilo Aroca González

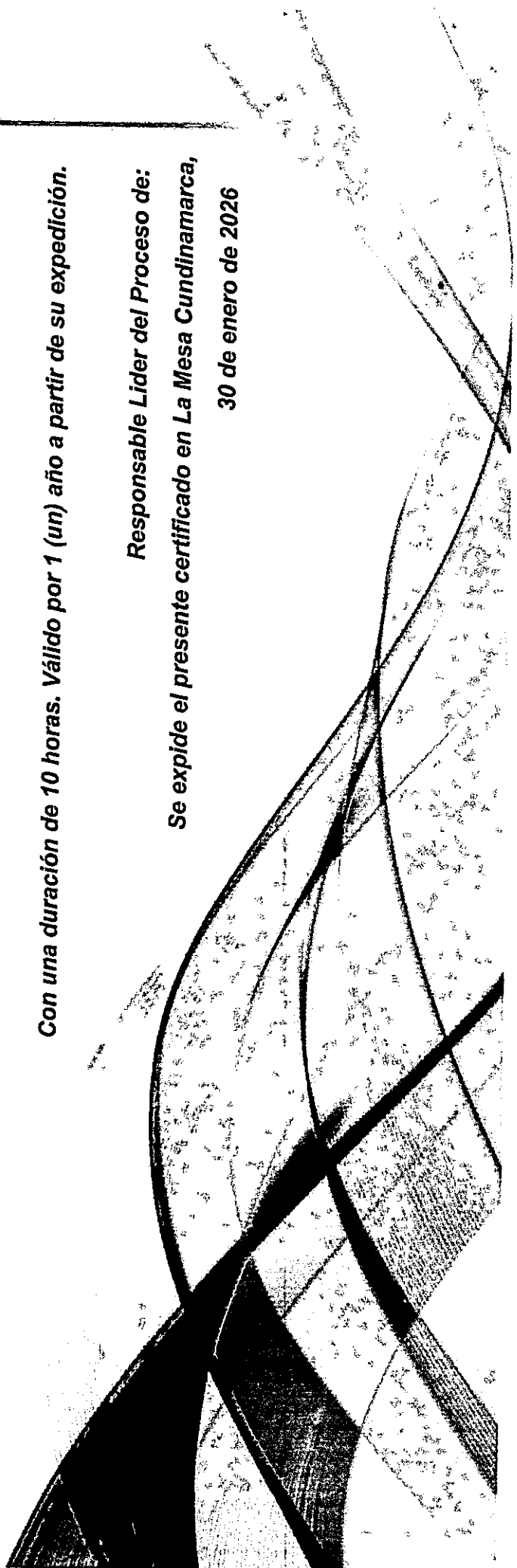
*Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:*

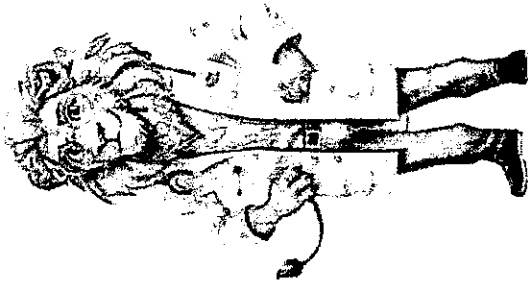
PGIRASA

Con una duración de 10 horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

*Responsable Lider del Proceso de:
Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,*

30 de enero de 2026





La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,

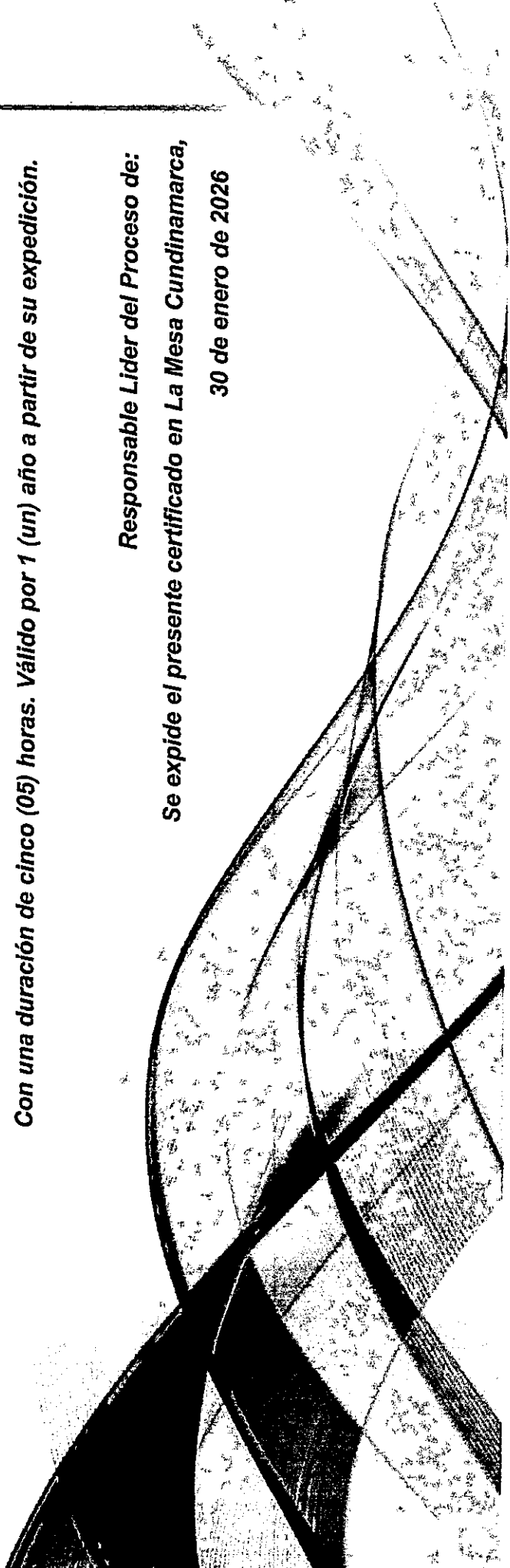
Otorga a:
Juan Camilo Aroca González

*Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:*

BIOSEGURIDAD-2026

Con una duración de cinco (05) horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

Responsable Líder del Proceso de:
Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,
30 de enero de 2026





La E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz
En cumplimiento a promover la formación y el desarrollo de competencias,

Otorga a:

Juan Camilo Aroca González

*Por haber realizado y aprobado con un promedio general;
igual o mayor al establecido en el curso institucional en modalidad virtual de:*

Programa Institucional Corazón de León

Con una duración de 10 horas. Válido por 1 (un) año a partir de su expedición.

Responsable Líder del Proceso de:

Se expide el presente certificado en La Mesa Cundinamarca,

30 de enero de 2026



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

JUAN CAMILO AROCA GONZALEZ

C.C 1.010.126.871

Participó y completó el curso virtual
Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción
Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de enero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769456508000