

	INFORME DEBIDA DILIGENCIA DE LA VERIFICACIÓN EN LISTAS DE CONTROL DEL SARLAFT/FPADM-SICOF	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP007F08
			VERSIÓN: 001
			PÁGINA: 1 DE 2

1. DATOS DE SOLICITUD

Proceso	Área Solicitante	Nombres y Apellidos/ Cargo de quién solicita	Fecha de solicitud	Objeto del Contrato	Valor del Contrato en pesos
Gestión Humana	Dirección de Gestión Humana	María Alejandra Henao Rivera (Dirección de Gestión Humana) Claudia Patricia Castirillon Lopez (Auxiliar Administrativo)	Primera Entrega 07/04/2026	Vinculación / Actualización de Proveedores Solicitud de debida diligencia para Colaboradores bajo la modalidad de PRESTACIÓN DE SERVICIOS para los procesos asistenciales y administrativos del Hospital General de Medellín.	N/A

2. RELACIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS Y NATURALES CONSULTADAS

Nombre: JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO Tipo de Documento: CC # 71604841

3. INFORMACIÓN SUMINISTRADA:

Teniendo en cuenta el procedimiento del SARLAFT, CÓDIGO ES-PLI-GP007, VERSIÓN: 00. Se diligencia la siguiente lista de chequeo con la información solicitada y verificada correspondiente al objeto contractual:

Lista de Chequeo Persona Natural		SI	NO	Observaciones
1	Documento de Identificación	X		
2	RUT Actualizado	X		
3	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas	X		
4	Referencia Bancaria no mayor a 30 días	X		
5	Formato Vinculación/Actualización de Contrapartes Persona Natural	X		

4. DOCUMENTACIÓN

Por solicitud de la **Dirección de Gestión Humana** se realiza la debida diligencia persona natural con los requisitos aportados.

5. SEÑALES DE ALERTA ENCONTRADAS

Ninguna en relación con el Lavado de Activos y Financiación del terrorismo **LAFT-FPDAM – SICOF - PTEE**.

En el desarrollo de la debida diligencia para **Contratistas** se identificaron las siguientes señales de alerta: **Sin coincidencias en Listas Restrictivas o de Control.**

Se evidencian en los Juzgados de Ejecución de Penas de la Rama Judicial procesos judiciales del orden laboral y de familia.

Medellín, 07 de abril de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.****CERTIFICA:**

Que JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO identificado(a) con cédula de ciudadanía 71604841 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 08/04/2026

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN N890904646

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLÓGIA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - OFICINA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522%

TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

1749001 - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS NCP, INCLUYE ACTIVIDADES DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN, INTERMEDIACIÓN EN MATERIA DE PATENTES, CONSULTORÍA Y ASESORAMIENTO TÉCNICO SIN PRESENCIA EN ÁREAS O INSTALACIONES OPERATIVAS; ACTIVIDADES DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN; ACTIVIDADES REALIZADAS POR AGENCIAS EN NOMBRE DE PARTICULARES PARA OBTENER CONTRATOS DE ACTUACIÓN EN PELÍCULAS, OBRAS DE TEATRO Y OTROS ESPECTÁCULOS CULTURALES Y DEPORTIVOS, Y PARA OFERTAR LIBROS, GUIONES, OBRAS DE ARTE, FOTOGRAFÍAS, ETC, A EDITORES, PRODUCTORES, ETCÉTERA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

1749001 - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS NCP, INCLUYE ACTIVIDADES DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN, INTERMEDIACIÓN EN MATERIA DE PATENTES, CONSULTORÍA Y ASESORAMIENTO TÉCNICO SIN PRESENCIA EN ÁREAS O INSTALACIONES OPERATIVAS; ACTIVIDADES DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN; ACTIVIDADES REALIZADAS POR AGENCIAS EN NOMBRE DE PARTICULARES PARA OBTENER CONTRATOS DE ACTUACIÓN EN PELÍCULAS, OBRAS DE TEATRO Y OTROS ESPECTÁCULOS CULTURALES Y DEPORTIVOS, Y PARA OFERTAR LIBROS, GUIONES, OBRAS DE ARTE, FOTOGRAFÍAS, ETC, A EDITORES, PRODUCTORES, ETCÉTERA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1749001

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Dirección IP: 190.0.38.170, 192.230.104.16, 172.16.42.57

Javier Esteban Torres

	GESTIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	GESTIÓN HUMANA ADMINISTRACION DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-GHU-AP002D02
			VERSIÓN: 08
			FECHA: 05/12/2024

El servicio a contratar es del Nivel: Administrativo ☒ Asistencial ()

Grupos de servicios de salud en los cuales se ejecutará la prestación del servicio (solo aplica para personal asistencial):

1. Consulta externa () 2. Internación () 3. Quirúrgico () 4. Atención Inmediata () 5. Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica ()

ID	DOCUMENTOS APORTADOS POR EL LIDER DEL ÁREA	CUMPLE		
		Sí	No	No aplica
1	Formato solicitud Certificado de Disponibilidad Presupuestal			
2	Certificado de Disponibilidad Presupuestal			
3	Formato Necesidad justificada y solicitud de elaboración de contrato			
4	Análisis - Matriz de Riesgo para contratos que superan los 100 SMLMV.			
5	Estudio previo para contratos que superan los 100 SMLMV			

ID	DOCUMENTOS APORTADOS POR EL CONTRATISTA	CUMPLE		
		Sí	No	No aplica
1	Propuesta de Prestación de Servicios	✓		
2	Declaración Inhabilidades e Incompatibilidades (Máximo 30 días calendario).	✓		
3	Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.	✓		
4	Formato único de hoja de vida impreso y actualizado (Departamento Administrativo de la Función Pública-SIGEP). (Máximo 30 días calendario).			
5	Declaración juramentada de bienes y rentas (Departamento Administrativo de la Función Pública – SIGEP). Máximo 30 días calendario.	✓		
6	Copia del Registro Único Tributario – RUT-DIAN. Actualizado.	✓		
7	Formato de vinculación y/o actualización de contrapartes persona natural. Máximo 30 días calendario.	✓		
8	Formato Anexo Declaraciones y Autorizaciones de Colaboradores -Origen de Fondos. Máximo 30 días calendario.	✓		
9	Certificación bancaria actualizada. (Máximo 30 días calendario de vigencia).	✓		
10	Formato Acuerdo de Confidencialidad, Conflicto de Intereses y Compromisos Éticos. (Máximo 30 días calendario).	✓		
11	Formato Declaración de Conflictos de Intereses de Contrapartes. (Máximo 30 días calendario).	✓		
12	Fotocopia del (los) diploma(s) y acta(s) de grado de pregrado(s) y postgrado(s) – Certificados Académicos.	✓		
13	Fotocopia de la convalidación del título expedido por el Ministerio de Educación, en caso de que el título obtenido sea de una institución educativa del exterior. (si aplica).			
14	Copia de la autorización para ejercer la profesión u oficio (resolución) expedida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (Actualizado con especialidad a contratar – Si aplica). Aportar consulta RETHUS. Máximo 30 días calendario.			

	GESTIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	GESTIÓN HUMANA ADMINISTRACION DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-GHU-AP002D02
			VERSIÓN: 08
			FECHA: 05/12/2024

15	Profesional en Anestesiología: Fotocopia del registro de la autorización para ejercicio de la anestesiología ante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y ante el Ministerio de la Protección Social.	NO	APLICA	
16	Tarjeta Profesional Vigente - Debe aportar la Tarjeta Profesional y certificado de vigencia si aplica.	✓		
17	Certificado de vigencia y antecedentes- sanciones ético-disciplinarias en el ejercicio de la profesión. Expedido por entidad competente. Cuando aplique para la profesión. (Máximo 30 días calendario de vigencia).	✓		
18	Certificados de experiencia laboral, específicamente los relacionados con los requisitos exigidos para el objeto contractual a desempeñar.	✓		
19	Certificado experiencia investigativa expedido por un entidad certificada (Si aplica).			N/D
20	Certificado experiencia docente expedido por una entidad certificada (Si aplica).			N/D
21	Póliza de Responsabilidad Civil. (Para Médicos, instrumentadores y Enfermeros) (Vigente para la ejecución del Contrato).			N/D
22	Certificado Registro de Abusadores Sexuales https://inhabilidades.policia.gov.co (Máximo 30 días calendario).	✓		
23	Certificado – REDAM- Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Ley 2097 de 2021). https://www.redam.gov.co/ (Máximo 30 días calendario).	✓		
24	Certificado de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. www.contraloria.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
25	Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. www.procuraduria.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
26	Certificado Antecedentes Policía. pág. www.policia.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
27	Certificado Nacional de Medidas Correctivas. Actualizado https://srvcnps.policia.gov.co/ (Máximo 30 días calendario).	✓		
28	Examen médico pre ocupacional definido en el documento - de acuerdo a la actividad a desarrollar. Tener en cuenta Profesiograma -Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. (Vigencia 3 años)			HGM.
29	Copia de Exámenes de laboratorio de anticuerpos hepatitis B y varicela, si tiene carnet de vacunas aportarlo, si las titulaciones son negativas se requiere vacunación.	✓		
30	Carnet de Vacunas Covid 19.	✓		
31	Certificado de Afiliación a Pensiones como trabajador independiente. (Máximo 30 días calendario).			colapsados Pensionados
32	Certificado de Afiliación al Sistema de Seguridad Social como trabajador independiente. (Máximo 30 días calendario).	✓		
33	Formato diligenciado de Autorización de afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL). Si el contratista es clasificado en riesgo I, II, o III, el aporte a la ARL lo realizará el contratista. Cuando el contratista realice actividades de alto riesgo (expuestos a radiaciones ionizantes), el pago a la Administradora de Riesgos Laborales, será por cuenta del Hospital, de acuerdo con el decreto 723 de 2013, para lo cual el Hospital reconocerá al momento del pago mensual, el valor cancelado por el contratista por dicho concepto, el cual deberá ser incluido en la facturación.	✓		
34	Para personal de SST se debe solicitar: *Licencia para presentación de servicios en seguridad y salud en el trabajo. * Certificado de capacitación de las 50 horas del SGSST y/o curso de actualización de 20 horas cada 3 años una vez se realizó el de 50 horas.			N/D
35	Personal expuesto a radiaciones: Certificado de Formación en materia de Protección Radiológica expedido por Institución de Educación Superior o Institución de			N/D

	GESTIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	GESTIÓN HUMANA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-GHU-AP002D02
			VERSIÓN: 08
			FECHA: 05/12/2024

	Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (Resolución 0482 de 2018 de Ministerio de Salud)			
36	Certificado de Inducción o Reinducción virtual. (Vigencia 2 años).			
37	Certificación elaboración curso de Humanización. (Vigencia 2 años).			
38	Certificación elaboración curso MIPG. (Vigencia 2 años).			
39	Certificación elaboración curso Sarlaf. (Vigencia 2 años).			
40	Certificación elaboración curso de Seguridad del Paciente. (Vigencia 2 años).			
41	Curso de innovación en Salud (vigencia 2 años)			

ID	CURSOS DE HABILITACIÓN (2 años de Vigencia) excepción de certificados con vigencia inferior por norma	SERVICIO	CUMPLE		
			Sí	No	No aplica
42	Gestión del Duelo	Internación (Intermedios – Intensivos-)Atención del Parto			
43	Cuidado del Donante	Internación – Quirúrgicos- Atención Inmediata expedida por el INS			
44	Atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual	Consulta Externa – Internación – atención Inmediata			
45	Atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos	Atención Inmediata			
46	Soporte Vital (Básico, Avanzado)	Internación – Atención Inmediata- Ayudas diagnosticas Exceptúa Esp Urgencias			
47	Telemedicina	Consulta externa (solo las especialidades ofertadas bajo esa modalidad)			
48	Manejo de dolor y cuidado paliativo	Internación – Atención Inmediata – Exceptúa Esp Cuidados Paliativos			
49	Pruebas en punto de atención del paciente - (- POCT)	Atención Inmediata –internación- Atención del Parto Personal de Salud que maneje equipos POCT Bacteriólogos (control de Calidad de POCT)			
50	Toma de Muestras de laboratorio	Laboratorio Clínico – internación – Atención Inmediata personal que toma muestras.			
51	Manejo e interpretación del espectro electromagnético	Ayudas diagnostico Solo especialistas			
52	Cuidado integral del paciente adulto o pediátrico paciente oncológico	Servicio de Quimioterapia – internación Exceptúa oncólogos			
53	Manejo de la gestión pre transfusional	Servicio Pre- transfusional (bacteriólogos)			
54	Programas para diagnóstico y control de enfermedades transmitidas por vectores	Laboratorio clínico			
55	Atención del paciente neonatal (básico – Intensivo)	Internación (Servicio Neonatal básico – intermedio - Intensivo)			

Medellín, Marzo 31 de 2026

Señores
Hospital General de Medellín
Ciudad

Asunto: Propuesta de Prestación de Servicios

Cordial saludo,

Yo, Javier Esteban Torres Orozco, presento ante ustedes oferta de prestación de servicios como Auditor Eventual para la realización de las actividades requeridas por el Hospital General de Medellín, por los honorarios mensuales correspondientes a los fijados en el contrato.

Ofrezco a disposición del Hospital General de Medellín, mi conocimiento y experiencia de Auditor Médico como Alcides Audín para la prestación del servicio ofrecido.

Declaro que tengo facultad para presentar esta oferta y no me encuentro incurso (a) en causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios o normas afines, y también declaro que me encuentro exenta de cualquier conflicto de interés o prohibiciones para contratar con el estado.

Cordialmente,

FIRMA 

Nombre: Javier Esteban Torres Orozco

Documento de identificación: 71.604.941

CERTIFICADO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo, Javier Esteban Torres Orozco, identificado(a) con C.C No. 71604841, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso(a) en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad para suscribir contratos con las entidades públicas, de conformidad con lo estipulado en la Constitución Política de Colombia, leyes y decretos relacionados con la contratación estatal.

Autorizo al Hospital General de Medellín-HGM, para que consulte mi información en centrales de información y/o bases de datos públicas; para los fines legales a fin de determinar la presencia de cualquier inhabilidad o incompatibilidad para trabajar.

Se firma en la ciudad de Medellín, a los 31 días del mes de Marzo del año 2026.

Nombre: Javier Esteban Torres Orozco

Firma: Javier E. T. O.

Cedula: 71604841

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.604.841

TORRES GROSZO

APELLIDO
JAVIER ESTEBAN

NOMBRE

Javier Esteban Torres Groszo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1961

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-AGO-1979 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES



A-0100100-20021963-M-0071604841-20080711 0600506554A 1 1090022271



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Torres	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Orozco	NOMBRES Javier Esteban
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 71604841	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO E232674	D.M. 26
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 02 MES 07 AÑO 1961 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLÍN	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 36 77 47 Apartamento 201 Laureles Medellin PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLÍN TELÉFONO EMAIL jsteban1000@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		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES	03	AÑO	1980	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ADMINISTRACION EN SALUD	06	2015	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	1993	

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

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 PABLO TOBON URIBE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4459000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	17	Mes	09	Año	2012	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AUDITOR			DEPENDENCIA INTERVENTORIA Y CARTERA					DIRECCIÓN CALLE 78B 69 240						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA - SAVIA SALUD EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6044601674			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	11	Año	2015	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AUDITOR			DEPENDENCIA AREA ADM - AUDITORIA DE CUENTAS					DIRECCIÓN CALLE 44A 55 44 Edificio Bussines Plaza Piso 13						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOTAL EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3199000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	17	Mes	11	Año	2004	Día	01	Mes	06	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AUDITOR			DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA					DIRECCIÓN CARRERA 43A 25 41						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6042196002			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	03	Mes:	03	Año:	2013	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 51D 62 29						

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	20	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	1	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 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

Medellín, Abril 7/2025
Juan E. Jarama

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JAVIER	ESTEBAN	TORRES	OROZCO

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 71604841

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento ANTIOQUIA	Municipio MEDELLÍN	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento ANTIOQUIA	Municipio MEDELLÍN	

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 GENERAL DE MEDELLIN	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento ANTIOQUIA	Municipio MEDELLÍN
Dirección	<input 32-102"]"="" 48="" carrera="" número="" type="text" value="["/>	
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.

T. 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	\$84.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$85.000.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$169.000.000,00

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	\$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	\$115.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
75000000	\$70.000.000,00

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

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.

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:

Si ☐ No ☒

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	43086605
----------------	----------------------	--------	----------

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GLORIA	ISABEL	SANIN	VERA

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañero(a) permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Si ☒ No ☐

Si ☐ No ☒

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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 generar 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. CONFLICTOS DE INTERÉS

Detalle de las actividades	Forma participación

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

Tengo actividades económicas privadas: Si ☐ No ☒

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Realicé donaciones: ☐ Sí ☒ No

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Tipo de inversión	Valor	País

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: ☐ Sí ☒ No

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: ☐ Sí ☒ No

2.4. OTRAS INVERSIONES

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:

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

Tengo potenciales conflictos personales de interés: ☐ Sí ☒ No

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Nombre entidad	Valor

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141204791929			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 1 6 0 4 8 4 1 9		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos de Medellín	
				14. Buzón electrónico 1 1	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 7 1 6 0 4 8 4 1	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Antioquia 0 5		30. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1	
31. Primer apellido TORRES		32. Segundo apellido OROZCO		33. Primer nombre JAVIER	
				34. Otros nombres ESTEBAN	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Antioquia 0 5		40. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1	
41. Dirección principal CL 36 77 47 AP 201					
42. Correo electrónico jesteban1000@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 4 4 9 9 3 3 0 3		45. Teléfono 2 3 1 4 6 2 7 3 9 5 9	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 0 0 1 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 4 1 1 1 5		48. Código 8 6 2 1	
		49. Fecha inicio actividad 2 0 0 9 1 2 1 8		50. Código 0 0 2 0	
				51. Código 2 2 2 1	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 2 2					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2025-09-05 / 10:05:53PM	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

			FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL			PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN			CÓDIGO: ES-PLI-GP007F01 VERSIÓN: 03 FECHA: 21/02/2025						
FECHA DE SOLICITUD			CIUDAD		TIPO DE SOLICITUD			TIPO DE CONTRAPARTE							
DÍA	MES	AÑO	Medellín		ACTUALIZACIÓN	☒	CLIENTE	☐	PROVEEDOR	☐	☒ ¿CUÁL? <u>prestación de servicios</u>				
31	03	2026			VINCULACIÓN	☐	OTRO	☒							
DATOS BÁSICOS DE PERSONA NATURAL															
NOMBRES			Javier Esteban		PRIMER APELLIDO	Torres		SEGUNDO APELLIDO	Orozco						
TIPO DE DOCUMENTO			N°.		FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	Medellín					
CC	☒	CE	☐	PASAPORTE	☐	71604841	29	08	1979	CORREO ELECTRÓNICO	jesteban1000@hotmail.com				
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE RESIDENCIA								
DÍA	MES	AÑO	PAÍS:	Colombia				Calle 36 #77-47							
02	07	1961	CIUDAD:	Medellín				CIUDAD:	Medellín	CELULAR:	3146273959				
OCUPACIÓN						TIPO DE VIVIENDA									
EMPLEADO		☐	PENSIONADO		☐	OTRO		☐	PROPIA	☐	FAMILIAR	☒	ARRENDADA	☐	
INDEPENDIENTE		☐	RENTISTA		☐	¿CUÁL?				GASTOS	\$	PERSONAS A CARGO	1		
INFORMACIÓN LABORAL															
RAZON SOCIAL			Hospital General de Medellín												
CARGO						FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN						
CIUDAD			Medellín			DÍA	MES	AÑO	FIJO	☐	INDEFINIDO	☐			
DIRECCIÓN			Carrera 48 #32-102						OTRO	☒	¿CUÁL?	<u>prestación de servicios</u>			
TELÉFONO						DETALLE DE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)									
**PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE - PEP															
**Son personas nacionales o extranjeras que, por razón de su cargo, manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre éstos, o gozan o gozaron de reconocimiento público; o como servidores públicos, tienen delegadas funciones de expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.						POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:									
						¿Maneja recursos públicos?						SI	☐	NO	☒
						¿Ejerce algún grado de poder público?						SI	☐	NO	☒
						¿Goza de reconocimiento público?						SI	☐	NO	☒
						¿Existe algún vínculo entre usted y una PEP?						SI	☐	NO	☒
						¿Es sujeto de obligaciones tributarias en otro país?									
						SI									
						NO									
						☒									
SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR															
INFORMACIÓN FINANCIERA															
PRODUCTO FINANCIERO			NÚMERO		ENTIDAD		SUCURSAL		PAIS		ANTIGÜEDAD (AÑOS)				
Ahorros			29884046686		Bancolombia		Unicentro		Colombia		2 años				
OPERACIONES INTERNACIONALES															
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?			SI	☐	NO	☐	¿En qué países?								
¿Realiza actividades con activos virtuales?			SI	☐	NO	☐									
¿Posee productos financieros en el exterior?			SI	☐	NO	☐	¿En qué países?			¿cuáles productos?					

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE FONDOS Y/O BIENES

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la institución sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, obrando en nombre propio y de manera voluntaria realizo la siguiente declaración de origen y destinación de fondos, dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto:

1. Declaro que los recursos que permiten realizar transacciones comerciales con el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN** tienen origen o provienen de fuentes lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que **NO** he admitido, **NI** admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo sustituya, modifique o adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Declaro que no he estado ni estoy: (a) en ninguna lista internacional vinculante para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de Naciones Unidas, Listas de la Unión Europea y Listas de Estados Unidos o cualquier otra que aplique); (b) en la lista OFAC, (Oficina para el Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de EE.UU.); (c) siendo investigado o he sido efectivamente condenado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos sexuales con menores de edad y ningún otro delito fuente **LA/FT-FPADM**.

CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorizo al **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN** para que con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de debida diligencia establecido en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva **LA/FT-FPADM** y el reporte de información a las entidades de control.

Certifico que toda la documentación e información aportada para el establecimiento de la relación comercial, contractual y/o de convenio, con el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN** es veraz y exacta y, en caso de que llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he suministrado o no estará obligado a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negación; o podrá dar por terminada inmediatamente la relación comercial, contractual o de convenio existente, sin dar lugar a reconocimiento de ninguna indemnización. Igualmente me comprometo a actualizar la información al menos una vez al año o cuando se produzca cualquier tipo de modificación a los datos registrados en este formato.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: El **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN** se permite informar que, los datos suministrados en el proceso de selección y evaluación de Contrapartes tienen como finalidad la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de la Financiación de Armas de Destrucción Masiva. Estos datos son tratados de manera confidencial y segura conforme con nuestra política de datos personales publicada en el sitio web, www.hgm.gov.co, la cual está acorde a la normativa colombiana en esta materia, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen. Con su firma autoriza al **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN** la recolección, almacenamiento, uso, transmisión, transferencia y tratamiento de los mismos en cumplimiento de los fines mencionados.

He sido informado que los siguientes son los canales de atención para el ejercicio de mis derechos tales como: conocer, actualizar, rectificar y/o suprimir, mi información personal:

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad y, en constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo y huella el presente documento.

En caso de diligenciamiento electrónico:

Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Javier Esteban Torres Orozco	
IDENTIFICACIÓN	CC. 71604841	
FIRMA	Javier E. Torres O.	

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS JURÍDICAS: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo al tipo de relación o vínculo con el Hospital.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL HOSPITAL

Resultado de verificación de datos:			
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FIRMA:	FECHA:
CARGO			

 Hospital General de Medellín Las Cajas de Gutiérrez E.S.E.	ANEXO DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DE COLABORADORES	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP007A01 VERSIÓN: 02 FECHA: 18/10/2022																		
DATOS GENERALES																					
NOMBRE(S) Y APELLIDOS <i>Javier Esteban Torres Orozco</i>		FECHA EXPEDICIÓN DE LA CEDULA <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>29</td> <td>MES</td> <td>09</td> <td>AÑO</td> <td>1979</td> </tr> </table>		DIA	29	MES	09	AÑO	1979												
DIA	29	MES	09	AÑO	1979																
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C: ☒ C.E: PASAPORTE :		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: <i>71604397</i> EXPEDIDO EN: <i>Medellín</i>																			
PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE - PEP																					
*Son personas nacionales o extranjeras que, por razón de su cargo, manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre éstos, o gozan o gozaron de reconocimiento público; o como servidores públicos, tienen delegadas funciones de expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Maneja recursos públicos?</td> <td></td> <td align="center">☒</td> </tr> <tr> <td>¿Ejerce algún grado de poder público?</td> <td></td> <td align="center">☒</td> </tr> <tr> <td>¿Goza de reconocimiento público?</td> <td></td> <td align="center">☒</td> </tr> <tr> <td>¿Existe algún grado de vinculo entre usted y una persona expuesta públicamente?</td> <td></td> <td align="center">☒</td> </tr> <tr> <td>¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?</td> <td></td> <td align="center">☒</td> </tr> </tbody> </table>		POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	¿Maneja recursos públicos?		☒	¿Ejerce algún grado de poder público?		☒	¿Goza de reconocimiento público?		☒	¿Existe algún grado de vinculo entre usted y una persona expuesta públicamente?		☒	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		☒
POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO																			
¿Maneja recursos públicos?		☒																			
¿Ejerce algún grado de poder público?		☒																			
¿Goza de reconocimiento público?		☒																			
¿Existe algún grado de vinculo entre usted y una persona expuesta públicamente?		☒																			
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		☒																			
SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR ESPECIFICAR																					
SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES Y TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR, POR FAVOR RELACIONAR		<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRODUCTO FINANCIERO</th> <th>ENTIDAD</th> <th>PAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		PRODUCTO FINANCIERO	ENTIDAD	PAIS															
PRODUCTO FINANCIERO	ENTIDAD	PAIS																			
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																					
Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la institución sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información LAFTFPADM, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:																					
1. Declaro que mis recursos o bienes provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes. 2. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo sustituya, modifique o adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 3. Que no he estado o estoy: (a) en ninguna lista internacional vinculante para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de Naciones Unidas, Listas de la Unión Europea y Listas de Estados Unidos o cualquier otra que aplique); (b) en la lista OFAC, (Oficina para el Control de Activos Extranjeros la cual pertenece al Departamento del Tesoro de EE.UU.); (c) siendo investigado o he sido efectivamente condenado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad y ningún otro delito fuente de LAFTFPADM 4. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras tenga una relación laboral o contractual con el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN. No hago responsable al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ni a sus representantes, ni directores o empleados, por cualquier actuación que se derive en su contra por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado. Autorizo al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN para que consulte mi información en centrales de información y/o bases de datos públicas; con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de debida diligencia establecido en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información LAFTFPADM																					
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: El HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN se permite informar que, los datos suministrados en el proceso de selección y evaluación de Contrapartes tienen como finalidad la prevención del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información LAFTFPADM Estos datos son tratados de manera confidencial y segura conforme con nuestra política de datos personales publicada en el sitio web, www.hgm.gov.co, la cual está acorde a la normativa colombiana en esta materia, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen. Con su firma autoriza al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN la recolección, almacenamiento, uso, transmisión, transferencia y tratamiento de los mismos en cumplimiento de los fines mencionados.																					
Los datos aquí consignados obedecen a la realidad y, en constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.																					
HUELLA Firma  																					
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA HOSPITAL																					
Resultado de verificación de datos:																					
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ: CARGO		FIRMA FECHA																			

Certificación Bancaria

Martes, 31 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO identificado(a) con CC 71604841, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	29884046686	2025-05-10	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, CONFLICTO DE INTERESES Y COMPROMISOS ETICOS	GESTIÓN HUMANA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-GHU-AP003F05
			VERSIÓN: 02
			FECHA: 04/12/2024

Yo Javier Esteban Torres Orozco, identificado(a) con cédula de ciudadanía 71604941, en calidad de colaborador(a) y/o personal en formación del Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.", consciente de las responsabilidades asignadas, de manera libre y voluntaria, por medio de la suscripción de este acuerdo, me comprometo frente a la institución a guardar la debida reserva y confidencialidad sobre la información que conozca y que se ponga a mi disposición, adquiriendo el compromiso de abstenerme de divulgarla en cualquier forma utilizarla en provecho propio o a favor de terceros, so pena de incurrir en las faltas disciplinarias, administrativas, civiles y/o penales que establece la legislación Colombiana vigente para la fecha de la ocurrencia de los hechos.

Así mismo, declaro que he leído y comprendido el Código de Ética y Buen Gobierno del Hospital General de Medellín y en él los valores institucionales y los principios éticos que todos los colaboradores debemos cumplir, dejo constancia que la institución me ha informado sobre el alcance de las normas contenidas en él y los efectos derivados de su eventual incumplimiento.

Me comprometo a consultar a las instancias correspondientes en caso de dudas con respecto a la interpretación y aplicación de las normas y políticas incluidas en el Código de Ética y Buen Gobierno.

Me comprometo a cumplir con las directrices establecidas en este código, incluyendo la declaración de cualquier conflicto de intereses ya sea real o potencial e informar de forma inmediata si me encuentro involucrado en alguna situación que pudiera ser o parecer un conflicto de interés.

Reconozco que los dineros del Hospital son públicos y por lo tanto son sagrados, comprometiéndome a ser transparente en el manejo de los mismos.

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, al Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas

	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, CONFLICTO DE INTERESES Y COMPROMISOS ETICOS	GESTIÓN HUMANA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-GHU-AP003F05
			VERSIÓN: 02
			FECHA: 04/12/2024

menores de edad que administra el Ministerio de Defensa a través de la Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada que el Hospital lo amerite necesario.

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 del Hospital, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Fecha: 31/03/2026

Funcionario Contratista Personal en formación

Nombre Completo: Javier Esteban Torres Ojeda Cédula: 71604841

Firma: J. E. T. O.

	FORMATO DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE CONTRAPARTES	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP007F06
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 21/08/2020

1. Datos Generales y declaración o no de conflicto de intereses

Yo Javier Esteban Torres Orozco identificado(a) con
C.C. X C.E. N.º 71604941 de Medellín vinculado al Hospital en
calidad de:

Empleado público de libre nombramiento y remoción	☐
Empleado público de carrera administrativa	☐
Empleado público con nombramiento provisional	☐
Empleado público con nombramiento temporal	☐
Empleado público de periodo	☐
Contratista de prestación de servicios	☐

Manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de conflicto de intereses, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Conozco las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad.
- Que es mi interés acatar lo dispuesto en el Código de Ética y Buen Gobierno, como aspecto transversal de la eficiencia en la gestión pública.
- Que el conflicto de intereses representa un conflicto entre el deber propio de la función pública y mis intereses privados, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de mis funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco el Código Único Disciplinario (Ley 734 de 2002 y las normas que la modifiquen, deroguen, adicionen o sustituyan) y el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2014).
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

	FORMATO DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE CONTRAPARTES	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP007F06
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 21/08/2020

- Que no tengo intereses financieros y de otro tipo, relacionados con las labores asignadas en mi calidad de servidor público o particular con funciones públicas.

Razón por la cual, declaro a la firma de este documento que:

Si: _____ No: _____ me encuentro en una situación real de conflicto de intereses

Si la respuesta fue “sí”, proceda a llenar la causal de conflicto de intereses:

La causal de conflicto consiste en:

Por lo anterior, solicito se estudie y comuniqué la decisión que se tome:

Si la respuesta fue “no”, pero se encuentra en una situación de conflicto de interés aparente, describa dicha situación y ofrezca toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial:

Descripción de la situación: _____



FORMATO
DECLARACIÓN DE
CONFLICTO DE INTERESES
DE CONTRAPARTES

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL
GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN

CÓDIGO: ES-PLI-GP007F06

VERSIÓN: 00

FECHA: 21/08/2020

Nombre del familiar	Parentesco	Entidad o negocio	Tipo de participación	Fechas

5. Actividades económicas de socios de derecho o de hecho

Las siguientes son las empresas, sociedades, negocios y organizaciones sin ánimo de lucro de las cuales participan en calidad de socios, gerentes, directivos o representantes legales, las personas con las que tengo vínculo de sociedad de derecho o de hecho:

Nombre de la persona	Entidad o negocio	Tipo de participación	Fechas

Firma 

Fecha: 31/08/2026

	FORMATO DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE CONTRAPARTES	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP007F06
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 21/08/2020

INSTRUCTIVO

1. En la primera parte, escribir el nombre, identificación y tipo de contrato del funcionario o contratista que va a declarar un real o potencial conflicto de intereses.
2. Después de leer y entender las consideraciones relacionadas con el conocimiento de las conductas que rigen a todo servidor público, señalar con una X si tiene o no un conflicto de interés real.
3. En la primera parte, puede relacionar otra situación que es o puede llegar a convertirse en un conflicto de interés (potencial).
4. Si usted, sus familiares o personas con las que tenga algún tipo de sociedad, tienen alguna participación como accionistas, socios, o han ejercido cargos en el nivel directivo de una empresa, sociedad, organización sin ánimo de lucro, entre otras, deben relacionarlo, tal como se solicita en los numerales 2 al 5.
5. Debe imprimir el formato, firmarlo y entregarlo en Gestión Humana en el caso de que no tenga ningún conflicto de interés; por su parte, en caso de que tenga un real o potencial conflicto de interés, debe entregarlo a su jefe inmediato, quien actuará de acuerdo al numeral 8.3.5 de la política para el manejo de conflicto de intereses, versión 00 de 2020.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

ACTA DE GRADUACIÓN 101196

Libro 81 Folio 40-476 del 24 de julio de 2015

DEPENDENCIA: FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Consejo Académico 0148 del 04 de agosto de 1999

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El 24 de julio de 2015 se reunieron las Directivas de la Universidad de Antioquia, con el propósito de conferir el título de :

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

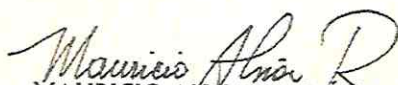
A

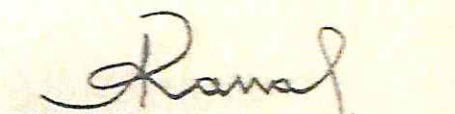
JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

Identificado con cédula de ciudadanía 71604841

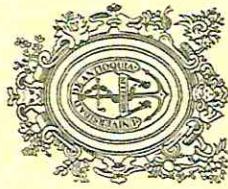
El Secretario de la ceremonia leyó la providencia por la cual el Señor Vicerrector de Docencia autorizó esta graduación. A continuación el Presidente de la ceremonia tomó al graduando el juramento correspondiente y procedió a la entrega del Diploma y el Acta de Grado.

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.


MAURICIO ALVIAR RAMÍREZ
Rector


ROBERTH AUGUSTO URIBE ÁLVAREZ
Secretario General


ÁLVARO OLAYA PELÁEZ
Decano (E)



1803

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

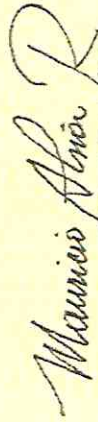
Identificado con cédula de ciudadanía 71604841

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD**

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 24 DE JULIO DE 2015

Libro 81 Folio 40-476 del 24 de julio de 2015


MAURICIO ALVIAR RAMÍREZ
Rector


ROBERTH AUGUSTO URIBE ALVAREZ
Secretario General


ÁLVARO OLAYA PELÁEZ
Decano (E)

82463

THOMAS GROSS & SONS



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

1803

EN ATENCIÓN A QUE

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

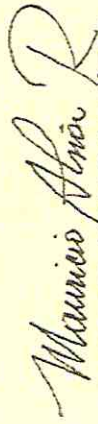
Identificado con cédula de ciudadanía 71604841

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN
REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 24 DE JULIO DE 2015

Libro 81 Folio 40-476 del 24 de julio de 2015


MAURICIO ALVIAR RAMÍREZ
Rector


ROBERTH AUGUSTO URIBE ÁLVAREZ
Secretario General


ÁLVARO OLAYA PELÁEZ
Decano (E)

82463

THOMAS GILLO & SONS

12

EN NOMBRE DE
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

Javier Esteban Torres Orozco

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS
UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y
REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 30 DEL
MES DE JULIO DE 1993

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD



MEDELLIN

TITULAR
C.C. N° 71 604 841 DE Medellín (Ant.)

Javier Esteban Torres Orozco

DECANO DE LA FACULTAD



SECRETARIO GENERAL

Luis Carlos Torres

REGISTRADO AL FOLIO N° DEL LIBRO DE REGISTROS DE DIPLOMAS N°
GOBERNACION DE ANTIOQUIA - SECRETARIA DE EDUCACION

15-81-94
00331

14079



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Acta Individual de Graduación No. 14593

DEPENDENCIA FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA MEDICINA
APROBACION DEL PROGRAMA Según Resolución 10469 de octubre de 1973
FECHA Julio 30 de 1993 del Ministerio de Educación Nacional
LUGAR Teatro Camilo Torres

En la fecha y lugar señalados se reunieron Los Dres. Samuel A. Arango Rico en calidad de Decano de la Facultad, Jaime Bedoya Restrepo, Vicedecano como Secretario de la misma, con el propósito de conferir el título de **ANATOMISTA Y CIRUJANO** a **JAVIER ESTEBAN TORRES ORCZO** identificado con cédula de ciudadanía No. 71.604.641 de Medellín (Ant)

El secretario leyó la providencia por la cual el señor Rector autorizó la ceremonia de graduación y el Presidente tomó al graduando, este juramento.

"JURAS A DIOS Y PROMETEIS A LA PATRIA ACATAR Y CUMPLIR LA CONSTITUCION Y LAS LEYES DE LA REPUBLICA, SOSTENER SU INDEPENDENCIA Y LIBERTAD. PRACTICAR VUESTRA PROFESION DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE MORAL PROFESIONAL Y TRABAJAR POR EL PROGRESO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA? A lo cual contestó el graduando: SI JURO.

El Presidente agregó: SI ASI LO HICIEREIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIEN, SI NO. EL Y ELLA OS LO DEMANDEN."

Seguidamente el Señor Presidente entregó al graduando el Diploma por medio del cual la Universidad en nombre de la República, lo declara idóneo para el ejercicio de la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO**

Finalmente se leyó la presente acta y se suscribió por:

SAMUEL A. ARANGO RICO
Presidente

JAIME BEDOYA RESTREPO
Secretario

Titular
RAFAEL A. A. TORRES

Para luego ser ratificado por

RAFAEL A. A. TORRES
Rector de la Universidad

ANA LUCIA HERRERA GÓMEZ
Secretario General de la Universidad

RECTORIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No. 008381

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

En ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No. 008530 de octubre 13 de 1993 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1986 y.

CONSIDERANDO :

Que JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO C.C. No. 71.804.841

De MEDELLIN (ANT) ha solicitado el registro de su TITULO De MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA El 30 de JULIO de 1993

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación de Antioquia

Al folio 344 del Libro 58P. el 14 DE SEPTIEMBRE DE 1994

Que cumple con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en el Servicio Seccional de Salud de Antioquia

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO para ejercer la Profesión de MEDICO Y CIRUJANO en el Territorio Nacional

COMUNIQUESE. PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá de Bogotá.

15 NOV. 1994

En C. ARIZA

ENRIQUE ARIZA ARIZA
Director de Recursos Humanos



Ges... Leal
LEONOR LEAL BERNAL
Secretaría AL-MH

EN NOMBRE DE
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

Javier Esteban Torres Orozco

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS
UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y
REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 30 DEL
MES DE JULIO DE 1993

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD



RECTOR

TITULAR
C.C. N° 71 504 841 DE Medellín (ant.)

DECANO DE LA FACULTAD



SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOJO N° DEL LIBRO DE REGISTROS DE DIPLOMAS N°
GOBERNACION DE ANTIOQUIA - SECRETARIA DE EDUCACION

15-71-94
00331

14079

**ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS
SAVIA SALUD EPS**

NIT 900.604.350-0

EL ÁREA DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA

Que **Javier Esteban Torres Orozco**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.71.604.841 de Medellín, laboró con la compañía desde el **20 de noviembre de 2015** hasta el **31 de enero de 2025**, mediante un contrato a término Indefinido, desempeñando el siguiente cargo **MEDICO AUDITOR**.

Realizó las siguientes funciones:

- Realizar las actividades de auditoría médica, de cuentas médicas de acuerdo con las políticas de Savia Salud EPS.
- Procesar información técnica en el Aplicativo Integra, producto de las actividades a su cargo.
- Planear y ejecutar las conciliaciones administrativas de glosas con las diferentes IPS que tengan no acuerdos relacionados con las cuentas médicas.
- Emitir conceptos sobre conflictos en la interpretación de conceptos relacionados con Planes de Beneficios, Manuales Tarifarios y Lineamientos Técnicos de Savia Salud, que interponen las diferentes IPS.
- Acompañar las reuniones definidas por el jefe de cuentas médicas y la Gerencia de Savia Salud EPS.

La presente certificación se expide a los **04 días del mes de enero de 2025**.

Cualquier información adicional con gusto será atendida en el teléfono 4601674
Ext 4292 – 4185.

Cordialmente,



SANDRA JANETH ACEVEDO CANO
JEFE DE GESTIÓN HUMANA

Alianza Medellín Antioquia EPS - SAS / NIT. 900.604.350-0
Tel: (604) 460 1674 / Calle 45 No. 55-65, Edificio Business Plaza, piso 13 / Medellín.
Infor@saviasaludeps.com / www.saviasaludeps.com



EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES HUMANAS

HACE CONSTAR QUE:

El doctor **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**, con cedula de ciudadanía 71604841, laboró en nuestra Institución desde el 17 de septiembre de 2012 hasta el 16 de mayo de 2014.

Se desempeñó en el cargo de: Médico Auditor de Cuentas.

La presente constancia se expide por solicitud personal del doctor Torres Orozco y para fines que interesan al mismo.

Medellín, 24 de julio de 2014.


NORA LYA SALAZAR BAENA
Jefe Departamento Relaciones Humanas.

Jaqueline Perez.



**LA SUSCRITA DIRECTORA NACIONAL DE COMPENSACION Y
BENEFICIOS DE TALENTUM CTA - PROCESO NACIONAL DE
GESTIÓN HUMANA DE SALUD TOTAL EPS S.A.**

CERTIFICA:

Que **TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN** identificada con cédula de ciudadanía número 71604841 laboró en SALUD TOTAL EPS S.A. desde el 17 de Noviembre de 2004 hasta el 1 de Junio de 2011 desempeñando el cargo de AUDITOR MEDICO.

La presente se expide en Bogotá D.C, a los quince (15) días del mes de junio de 2011

YAMILE ANGELICA NEIVA HERRERA
Directora Nacional de Compensación y Beneficios TALENTUM CTA
Proceso de Gestión Humana de SALUD TOTAL EPS S.A.

Oscar Muñoz



NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NIT. 900.156.264-2

**LA SUSCRITA GERENTE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO A
SOLICITUD DEL INTERESADO**

C E R T I F I C A:

Que el (la) señor (a) **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 71.604.841, a partir de 4 de mayo de 2015, se encuentra vinculado (a) mediante el contrato de trabajo a termino Indefinido, desempeñando el cargo de **MÉDICO DE AUDITORIA REGIONAL (6 HORAS)**, con un salario básico mensual de Tres millones ciento setenta y siete mil pesos colombianos (\$ 3.177.000,00), más un promedio variable de Cero de pesos colombianos (\$ 0,00) pesos m/cte.

Para constancia se expide en Bogotá, a los 22 días del mes de junio de 2015 .

Cordialmente,


Gerencia de Talento Humano

CAMILA MICHELSEN NIÑO
Gerente Administrativa y de Talento Humano

Carrera 85K No. 46A-66 P. 2 y 3 - Teléfono: 4193000 - Línea de atención en Bogotá: 3077022 y
línea gratuita nacional: 01 8000 954400 - Bogotá - Colombia www.nuevaeps.com.co

Medellin, 27 de noviembre de 2014

COMPUREDES S.A.

8000424718

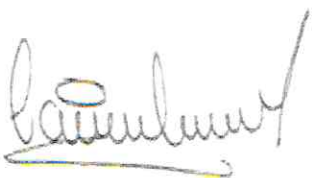
HACE CONSTAR QUE:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO, con cédula 71,604,841, labora en la Compañía desde el 04 de agosto de 2014, con un contrato a término indefinido, se desempeña como Analista Operaciones.

Devenga un salario mensual de \$4,368,000.00.

Este certificado se expide a solicitud del interesado para ESCUELA NORMAL SUPERIOR ANTIOQUEÑA.

Atentamente,



CAROLINA CEBALLOS MONSALVE.
Coordinadora de Gestión Laboral
Teléfono (054) 444 6100 Exts: 1224, 1116, 1170

Este certificado laboral posee plena validez, eficacia y fuerza probatoria en los términos de los artículos 2, 5 y 15 de la ley 527 DE 1999, y la firma que sustenta el certificado gozará de plena validez jurídica en los términos de los artículos 7 y 28 de la misma ley. En caso de querer confirmar los datos que se encuentran en este certificado laboral, se puede comunicar de manera inmediata con ENLACE OPERATIVO S.A - COMPUREDES S.A, área de Gestión Laboral al teléfono 4446100 extensiones 1382.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Certificado Oficial

Medellín, 24 de Abril de 2013

EL GESTOR ADMINISTRATIVO DEL ARCHIVO

HACE CONSTAR:

Que TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN, con cédula 71,604,841, ha prestado sus servicios a la Universidad como DOCENTE DE CÁTEDRA con los siguientes contratos:

Periodo académico: 2011-2 Número del contrato: 297201
Centro de costo: 3224 DPTO DE EDUCACION MEDICA, FACULTAD DE MEDICINA
Horas del contrato: 40
Valor contrato: \$ 1,036,833

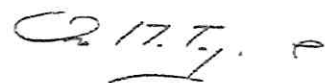
Periodo académico: 2012-1 Número del contrato: 320233
Centro de costo: 3224 DPTO DE EDUCACION MEDICA, FACULTAD DE MEDICINA
Horas del contrato: 49
Valor contrato: \$ 1,399,735

Periodo académico: 2012-2 Número del contrato: 333822
Centro de costo: 3224 DPTO DE EDUCACION MEDICA, FACULTAD DE MEDICINA
Horas del contrato: 40
Valor contrato: \$ 1,097,695

La presente constancia se expide para efectos de:

Trámites personales

Se informa además que hasta la fecha no se encuentra con ningún tipo de contrato vigente.


OSCAR MONTOYA CASTRO

Ciudad Universitaria: Calle 67 N.º 53-108, Bloque 16, oficina 110
Recepción de correspondencia: Calle 70 N.º 53-21 • Teléfonos: 219 52 86, 219 52 92, 219 52 95
Fax: 219 52 90 • Correo electrónico: archivoslab@arhumeo.udea.edu.co • <http://www.udea.edu.co>
N.º: 890.980.640-8 • Apartado 1226 • Medellín, Colombia



126

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

**FACULTAD DE MEDICINA
ASOCIACIÓN DE EGRESADOS**

En atención a que:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

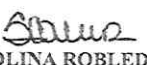
Identificado(a) con cédula de ciudadanía N°71604841

Luego de cumplir con las actividades programadas con una intensidad de 160 horas, y de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias, le expide el presente certificado en:

**DIPLOMATURA EN URGENCIAS
XIV COHORTE**

En testimonio de ello se firma en Medellín, 01 de septiembre de 2017


CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA
Decano Facultad de Medicina


SARA CAROLINA ROBLEDO VÁSQUEZ
Jefe Centro de Extensión Facultad de Medicina


LUIS CONRADO FEDERICO VELÁSQUEZ P.
Coordinador Académico Asociación de Egresados

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

En atención a que

Javier Esteban Torres Orozco

ha cumplido con las actividades programadas con una intensidad horaria de 160 horas, y luego de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias, le expide el presente

DIPLOMA EN

Seguridad Social en Salud

En testimonio de ello se firma en Medellín, el 14 del mes de agosto de 1997



Decano de la Facultad



Coordinador del Programa



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Certifica que

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

Identificado(a) con documento de identidad No. 71604841

Asistió en calidad de participante al

CURSO GESTIÓN DEL RIESGO EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS EN SALUD

Realizado del 01 de julio al 22 de agosto de 2021, con una intensidad de 40 horas. Luego de cumplir con las actividades programadas y de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias se firma en
Medellín, Colombia, el 22 de agosto de 2021

Para consultar la validez de este certificado, diríjase la página: <https://extension.unimedianaudea.co/index.php/validar> e ingrese el código U2283C66267

Carlos Alberto Palacios Acosta

Decano

CERTIFICA

que:

TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN

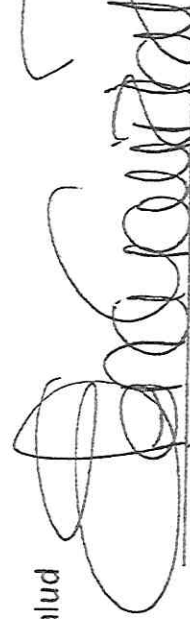
participó en el **PRIMER CONGRESO NACIONAL DE AUDITORES MÉDICOS**
Bogotá, 5 y 6 de marzo de 2009



JUAN JOSÉ ZAMORA
Vicepresidente Técnico y de Salud



CATHERINE PADILLA M.
Jefe Nacional de Auditoría



ELENA GAVIRIA RUEDA
Directora Nacional de Gestión Humana



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
CALLE 42 # 52-186 PISO 8 CAD LA ALPUJARRA
CONMUTADOR 385 80 00 FAX 262 11 34 A. AEREO 50946
PÁGINA WEB www.dssa.gov.co

MEDELLIN , Marzo 15 de 2004

EL AUXILIAR DE VIGILANCIA Y CONTROL

HACE CONSTAR QUE

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

Identificado(a) con la cédula Nro : 71,604,841 de MEDELLIN
se encuentra inscrito(a) en la DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA,
mediante resolución Nro : 008381 expedida el 15/11/1994 , por
EL MINISTERIO DE SALUD , que lo autoriza para ejercer en el
territorio nacional como : MEDICO Y CIRUJANO 8381/94


LUIS SALVADOR OSPINA S.
LSOS

12.3
16



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.

Libertad y Orden

01 8381/ 1994

Firma Médico

Javier E. Torres O.

Nombres y Apellidos

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

C.C. o C.E.

C 71604841

De

MEDELLIN

Universidad

ANTIOQUIA

Ciudad

MEDELLIN

Código 41860/05

Fecha de Expedición 29/11/04

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

[Firma manuscrita]

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.

01 8381/ 1994
Firma Médico

Javier E. Torres O.

Nombres y Apellidos

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

C.C. o C.E.

C 71604841

De

MEDELLIN

Universidad

ANTIOQUIA

Ciudad

MEDELLIN

Código 41860/05

Fecha de Expedición 29/11/04

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

TARJETA DE RESERVISTA Nº **E23267**

PERTENECE AL EJERCITO DE:

PRIMERA LINEA HASTA EL 31 - XII - **1.9**

SEGUNDA LINEA HASTA EL 31 - XII - **2.0**

TERCERA LINEA HASTA EL 31 - XII - **2.0**

JAVIER ESTEBAN TORRES URUZO
 NOMBRES Y APELLIDOS

REGISTRADA EN LA RELACION No. **258** MES **AGOSTO** AÑO **8**

EN CASO DE LLAMAMIENTO DE RESERVAS PRESENTESE A LA DEPENDENCIA MILITAR MAS CERCANA A SU RESIDENCIA...

ORIGINAL

NACIDO EN: **MEDELLIN Ant** EL **02 DE JULIO** DE **1.961**

PROFESION: **BACHILLER DE** **1.979**

ACTA DE CLASIFICACION No. **014** DE FECHA: **18 MAR 80**

LUGAR DE CLASIFICACION: **MEDELLIN** **ANTIOQUIA**

RECIBO No. **245800** DE FECHA: **02 MAY 80**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: **MEDELLIN** **18 AGO 80**

Teniente OSCAR JOSE DUQUE GOMEZ

COMANDANTE DISTRITO MILITAR No. 26

Mayor JOSE AUGUSTO SEGURA LEON

COMANDANTE DE LA 48. ZONA



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C7160484100313253

Código de verificación

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

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**, identificado(a) con C.C. No. 71604841 y T.P. o R.M. No. 8381/1994 del(a) Ministerio de Salud, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el martes 31 marzo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



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

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

antecedentestribunal@outlook.com



Medellín, 21 de Febrero de 2003

LA COORDINADORA DEL AREA DE GESTION HUMANA
DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD
Nit 800058016-1

HACE CONSTAR:

Que el doctor JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO identificado con la cédula de ciudadanía 71.604.841 de Medellín (Ant.), suscribió ordenes de prestación de servicios con la entidad, para realizar actividades como MEDICO GENERAL, en las siguientes fechas:

Del 1° de febrero al 30 de junio de 1996
Del 5 de Julio al 30 de Septiembre de 1996
Del 1° de julio al 30 de septiembre de 1997
Del 1° de octubre al 31 de diciembre de 1997
Del 1° al 31 de Diciembre de 1998 (*)
Del 22 de enero al 3 de febrero de 1999

FUNCIONES ESPECIFICAS:

1. Atender las consultas de pacientes y elaborar las historias clínica respectivas, que se le asignen en los diferentes servicios.
2. Expedir las órdenes de hospitalización, exámenes de laboratorio, consulta de especialistas, etc. ciñéndose a las normas establecidas sobre el particular.
3. Atender las consultas de pacientes en los servicios de Urgencias y Atención Médica Prehospitalaria.
4. Intervenir en la selección de los adultos y niños que deban recibir asistencia médica y suplementos alimenticios en la dependencia correspondiente, con la prelación del caso.
5. Elaborar la hoja de consulta diaria y rendir los informes y estadísticas que el jefe le solicite.
6. Participar conjuntamente con el personal de salud, dentro de un trabajo interdisciplinario, en la planeación, programación, organización y evaluación de actividades que se lleven a cabo en los programas especiales establecidos como prioritarios, ciñéndose a las normas ordenadas, y en especial a los tratamientos recomendados sobre el particular.
7. Asistir y tomar parte activa en las reuniones de carácter científico o administrativo que convoquen las directivas de la unidad y proponer los cambios y medidas que considere convenientes para el mejoramiento del servicio.
8. Colaborar con los demás médicos cuando se presenten casos que requieran su participación.

Trabajando más por Medellín.





**LA SUSCRITA DIRECTORA NACIONAL DE COMPENSACION Y
BENEFICIOS DE TALENTUM CTA - PROCESO NACIONAL DE
GESTIÓN HUMANA DE SALUD TOTAL EPS S.A.**

CERTIFICA:

Que **TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN** identificada con cédula de ciudadanía número 71604841 laboró en SALUD TOTAL EPS S.A. desde el 17 de Noviembre de 2004 hasta el 1 de Junio de 2011 desempeñando el cargo de AUDITOR MEDICO.

La presente se expide en Bogotá D.C, a los quince (15) días del mes de junio de 2011

YAMILE ANGÉLICA NEIVA HERRERA

Directora Nacional de Compensación y Beneficios TALENTUM CTA
Proceso de Gestión Humana de SALUD TOTAL EPS S.A.

Oscar Muñoz



EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES HUMANAS

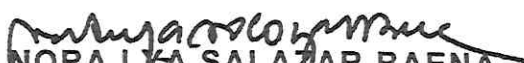
HACE CONSTAR QUE:

El doctor **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**, con cedula de ciudadanía 71604841, laboró en nuestra Institución desde el 17 de septiembre de 2012 hasta el 16 de mayo de 2014.

Se desempeñó en el cargo de: Médico Auditor de Cuentas.

La presente constancia se expide por solicitud personal del doctor Torres Orozco y para fines que interesan al mismo.

Medellín, 24 de julio de 2014.


NORA LYA SALAZAR BAENA
Jefe Departamento Relaciones Humanas.

Jaqueline Perez.

Medellin, 15 de julio de 2015

COMPUREDES S.A.

8000424718

HACE CONSTAR QUE:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO, con cédula 71,604,841, labora en la Compañía desde el 04 de agosto de 2014, con un contrato a término indefinido, se desempeña como Analista Operaciones Auditoria Medica Nivel 3.

Devenga un salario mensual de \$4,568,900.00.

Este certificado se expide a solicitud del interesado para UNIVRSIDAD EAFIT.

Atentamente,



CAROLINA CEBALLOS MONSALVE.
Coordinadora de Gestión Laboral
Teléfono (054) 444 6100 Exts: 1224, 1116, 1170

Este certificado laboral posee plena validez, eficacia y fuerza probatoria en los términos de los artículos 2, 5 y 15 de la ley 527 DE 1999, y la firma que sustenta el certificado gozara de plena validez jurídica en los términos de los artículos 7 y 28 de la misma ley. En caso de querer confirmar los datos que se encuentran en este certificado laboral, se puede comunicar de manera inmediata con ENLACE OPERATIVO S.A - COMPUREDES S.A. área de Gestión Laboral al teléfono 4446100 extensiones 1382.

**ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS
SAVIA SALUD EPS**

NIT 900.604.350-0

EL ÁREA DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA

Que **Javier Esteban Torres Orozco**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.71.604.841 de Medellín, laboró con la compañía desde el **20 de noviembre de 2015** hasta el **31 de enero de 2025**, mediante un contrato a término Indefinido, desempeñando el siguiente cargo **MEDICO AUDITOR**.

Realizó las siguientes funciones:

- Realizar las actividades de auditoría médica, de cuentas médicas de acuerdo con las políticas de Savia Salud EPS.
- Procesar información técnica en el Aplicativo Integra, producto de las actividades a su cargo.
- Planear y ejecutar las conciliaciones administrativas de glosas con las diferentes IPS que tengan no acuerdos relacionados con las cuentas médicas.
- Emitir conceptos sobre conflictos en la interpretación de conceptos relacionados con Planes de Beneficios, Manuales Tarifarios y Lineamientos Técnicos de Savia Salud, que interponen las diferentes IPS.
- Acompañar las reuniones definidas por el jefe de cuentas médicas y la Gerencia de Savia Salud EPS.

La presente certificación se expide a los **04 días del mes de enero de 2025**.

Cualquier información adicional con gusto será atendida en el teléfono 4601674
Ext 4292 – 4185.

Cordialmente,



SANDRA JANETH ACEVEDO CANO
JEFE DE GESTIÓN HUMANA

Alianza Medellín Antioquia EPS - SAS / NIT. 900.604.350-0
Tel: (604) 460 1674 / Calle 45 No. 55-65, Edificio Business Plaza, piso 13 / Medellín.
Infor@saviasaludeps.com / www.saviasaludeps.com

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 19:46:16 horas del 31/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **71604841**,
Apellidos y Nombres **TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital General de Medellín**, con NIT **890904646-7** 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 71604841 **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 31/03/2026 08:16 PM



Código Verificación: RASVHJPFC5

Válida hasta: 30/06/2026

Dirección de Gobierno Digital

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

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 31 de marzo de 2026, a las 20:27:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	71604841
Código de Verificación	71604841260331202704

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. 293723555



M
20:20:28
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de marzo 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) JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 71604841:

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:57:13 PM horas del 31/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **71604841**

Apellidos y Nombres: **TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN**

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:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.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, 31/03/2026 11:01:49 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **71604841** y Nombre: **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**.

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. **137497911**. 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

515 9000



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



	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE EXAMENES OCUPACIONALES Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL	GESTION HUMANA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO: AP-GHU-SO003F06
			VERSIÓN: 02
			FECHA: 14/09/2023

En la fecha, yo JAVIER ESTEBAN TORRES ORTIZ, identificado como obra al pie de mi firma y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO GUTIERREZ E.S.E en cabeza de los médicos especialistas en Seguridad y Salud en el Trabajo o afines, con licencia vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo, y demás profesionales de salud del área de SST, a realizar el presente examen ocupacional. Se me ha dado a conocer que la realización de este examen y los estudios paraclínicos, ayudas diagnósticas, interconsultas, registros fotográficos y fílmicos que se deriven del mismo, es voluntaria y son para garantizar mi bienestar y salud, en el contexto del Programa de Seguridad y Salud en el trabajo (SST) de la empresa. Manifiesto igualmente que toda la información que he suministrado es verídica y no he omitido información relacionada con mi Salud, historia laboral y ocupacional.

De igual forma autorizo a acceder a mi historia ocupacional y documentos anexos (ayudas diagnósticas, registros fotográficos y fílmicos), a realizar las pruebas o valoraciones complementarias que sean requeridas, según los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica del hospital, a permitir el acceso o suministrar copia de la misma a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) del hospital, a la EPS a la cual me encuentro afiliado (a), a las Juntas de Calificación de Invalidez y en caso de ser solicitado por la justicia ordinaria. Fui informado de las medidas que tomará el prestador para garantizar la confidencialidad, seguridad, conservación y preservación de mi historia clínica y demás documentos relacionados.

De ser esto requerido, autorizo también el registro fotográfico y fílmico del puesto de trabajo y la forma de realizar la labor asignada.

FIRMA 

CC 71.604.841

LUGAR: Med - Antioquia

FECHA: 9-10-2026



**FORMATO CERTIFICADO
MÉDICO DE APTITUD
LABORAL**

GESTION HUMANA
GESTION DE LA
SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO

CÓDIGO: AP-GHU-SO003F02

VERSIÓN: 03

FECHA: 12/12/2023

Fecha del concepto: 9-IV-2024 Tipo de vinculación: Presión Sal.

Tipo de examen: Ingreso ☒ Retiro ☐ Periódico ☐ Reintegro Post incapacidad ☐ Conductor ☐
Radiaciones ☐ Exp. Qcos. ☐ Manipulador Alimentos ☐ Alturas ☐ Brigadista ☐ Exp. Ruido ☐

Información del paciente

Nombre Completo: Alvin Esteban Torres Orozco C.C. 71604841

Género: F ☐ M ☒ Lugar y Fecha de Nacimiento: Med. 2-VII-1961

Edad: 64 Estado civil: Casado N° hijos: 2 Escolaridad: MD-Español

Dirección: Clt 36 # 72-42 Bn 201 Teléfono: 314 627 7957

EPS: Uda ARL: Ariz AFP: Pasand Cargo: MD Auditor

Exámenes de Diagnóstico Ocupacional Realizados

Examen Médico Ocupacional ☒ Audiometría ☐ Visiometría ☐ Tamizaje Visual ☐

Otros estudios o exámenes: _____

Paraclínicos de Laboratorio: _____

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO ☒ APTO CON RECOMENDACIONES ☐ APTO CON RESTRICCIONES ☐

Observaciones al concepto de aptitud: _____

NORMATIVIDAD

*Resolución N° 2346 de 2007: Por la cual se regula la práctica de la evaluaciones médicas ocupacionales, y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. *Resolución N° 1918 DE 2009 que modifica el Artículo 11 y 17 de la norma anterior en lo relacionado con: La contratación y costo de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la valoraciones complementarios, y en lo relacionado con la custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Se resalta en el Art. 2 de esta norma que "En ningún caso, los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador".

RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECIFICAS AL TRABAJADOR

• Esbs de Vida Saludable

RECOMENDACIONES AL EMPLEADOR

*Realizar inducción de acuerdo con el cargo a desempeñar *Capacitación y entrenamiento en prevención de riesgos según su ocupación *Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura *Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia que requiera (Conservación auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecánico, Biológico, Respiratorio, Visual, Radiaciones ionizantes) *Evaluar esquemas de vacunación por enfermedades inmunoprevenibles *Verificar en el desarrollo del trabajo que las tareas y actividades a realizar no excedan las capacidades del trabajador.

Firma del médico y N° de Licencia

Firma del Empleado y N° de cédula 71604841

	FORMATO EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	GESTIÓN HUMANA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO: AP-GHU-SO003F01
			VERSIÓN: 04
			FECHA: 06/01/2026

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN		FECHA DEL EXAMEN	
Ingreso ☒	Retiro ☐	Periódico ☐	Rutinario/Otro ☐
		09/04/2026	
		Día/Mes/ Año	
☐ Radiaciones	☐ Expo. Químicos	☐ Manipulación Alim	☐ Brigada
		☐ Conductores	☐ Otros

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombres y Apellidos: <u>IBUIER ESTEBAN DOMINGO CRISTÓBAL</u>			
Telefono Movil: <u>314 6273959</u>	Telefono Fijo: <u>—</u>		
Documento de Identificación	C.C. ☒	T.I. ☐	C.E. ☐
Número: <u>71604841</u>			
Fecha de nacimiento: <u>02/07/1961</u>	Ciudad: <u>MDN</u>	Departamento: <u>NUT.</u>	
Día/Mes/ Año			
Edad (años cumplidos): <u>64</u>	Sexo: M ☒ F ☐		
Estado Civil: Soltero ☐	Casado ☒	Separado ☐	Viudo ☐
		Unión Libre ☐	No. hijos: <u>2</u>
EPS: <u>Usa</u>	ARL: <u>Juriz</u>	AFP: <u>Colpesu</u>	usos. pasados.
Fecha ingreso a la empresa: <u>09/04/2026</u>	Antigüedad en la empresa: <u>—</u> Años		
Día/Mes/ Año			
Cargo: <u>LD ASESOR</u>	Servicio: <u>Pres. Gen.</u>	Tipo de contratación: <u>ProS.</u>	
Correo electrónico: <u>—</u>	<u>esteban10006@hotmail.com</u>		

HÁBITOS			
Tabaquismo	No fuma ☒	Exfumador ☐	Fumador ☐
		No. de cigarrillos/día	Años
Convive con fumadores	☐ NO		
Actividades deportivas	Practica deporte? SI ☒ NO ☐	Cuál? <u>Hidroterapia</u>	
Frecuencia	1 vez semana ☐	2 veces semana ☐	3 o más veces ☐
		# Horas Semanal	<u>4H</u>
Ha tenido lesiones deportivas?	SI ☐	NO ☒	Cuáles? <u>—</u>
Drogadicción	Ha consumido sustancias psicoactivas?	SI ☐	NO ☒
		Cuál? <u>—</u>	
Alcoholismo	Consume bebidas alcoholicas?	SI ☐	NO ☒
		Frecuencia? <u>—</u>	
Realiza otra actividad extralaboral	SI ☐	NO ☒	Cuál? <u>NO</u>
Pasatiempos	<u>—</u>		

INFORMACION PERSONAL			
Tipo de vivienda	Propia ☒	Arriendo ☐	Urbana ☐
		Rural ☐	
Estrato	1 ☐	2 ☐	3 ☐
		4 ☐	5 ☒
		6 ☐	
Escolaridad	Primaria ☐	Secundaria ☐	Tecnico ☐
Especialización	Maestría ☐	Tecnologo ☐	Universitario ☐

Medio - especialista

N° Personas a cargo económicamente 1 ☒ 2 ☐ 3 o más ☐ | N° Persona con quien convive 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ >3 ☐

Uso de transporte Publico ☐ Vehículo particular ☒ Moto ☐

Tiempo de desplazamiento casa-hospital 1 Hora ☒ 2 Horas ☐ 3 Horas ó más ☐

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES Y FAMILIARES

ANTECEDENTES	P	F	ANTECEDENTES	P	F
INFECCIOSOS			ENFERMEDADES MENTALES		
ENFERMEDADES MAYORES O CRÓNICAS			TRASTORNOS DE REFRACCIÓN		
Diabetes			HOSPITALARIOS		
Hipertensión arterial			QUIRÚRGICOS		
Infarto agudo miocardio			ALÉRGICOS O HIPERINMUNIDAD		
Cáncer			Asma o hiperactividad bronquial		
Colagenosis y/o autoinmunes			Rinitis		
Congénitas			TRAUMÁTICOS		
Epilepsia			Fracturas		
Tiroides u otras endocrinas			Luxaciones		
Enfermedades neurológicas			Esguinces		
Obesidad			Otros traumatismos		
Enfermedades gastrointestinales			Cardiovasculares		
Trastornos osteomusculotendinosos			Otras, Cuales		

Medicamentos de uso habitual

HJA - *Disch* *LA/ No*

Observaciones a los Antecedentes:

HJA - Disch - EXP. *Arb. sis. No. 111 - Dde L. CA. (Aunigto. fallido)*

AOX / ligone - No. 111 - Dde L. CA. (Aunigto. fallido)

INMUNIZACIÓN *FAG B + LTD - sero. 111*

Hepatitis B	SI ☐	No ☐	Anticuerpos	☐
Varicela	SI ☐	No ☐	Anticuerpos	☐
COVID-19	SI ☐	No ☐	No. Dosis	☐
Tetano	SI ☐	No ☐	No. Dosis	☐

OK *Disch*

7. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (en la empresa y en otras)

Enfermedades Profesionales diagnosticadas en la empresa o en otras empresas

FECHA DEL DIAGNÓSTICO	EMPRESA DONDE SE DIAGNOSTICÓ	DIAGNÓSTICO
<i>10/10/2020</i>	<i>Pro. 111</i>	<i>En. 111</i>

Accidentes de Trabajo sufridos en la empresa o en otras empresas

FECHA DEL ACCIDENTE	SECCIÓN Y/O EMPRESA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	LESIÓN	SECUELAS	
			SI	NO
<i>10/10/2020</i>	<i>Pro. 111</i>	<i>En. 111</i>		

Exposición a factores de riesgo

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	SERVICIO/AREA	TIEMPO TRABAJADO
<i>Pro. 111</i>	<i>Pro. 111</i>	<i>Pro. 111</i>	<i>Pro. 111</i>

Revisión de sistemas

Cumple sus restricciones
Antonio
EXAMEN FÍSICO

Peso (Kgs) 100 Estatura (cms) 1.70 Perímetro abdominal IMC 30
 Diagnóstico Obeso ☒ Sobre peso ☐ Normal ☐ Bajo peso ☐
 Presión arterial Sentado 115/70 Pulso 70 Frecuencia respiratoria (rpm) 17

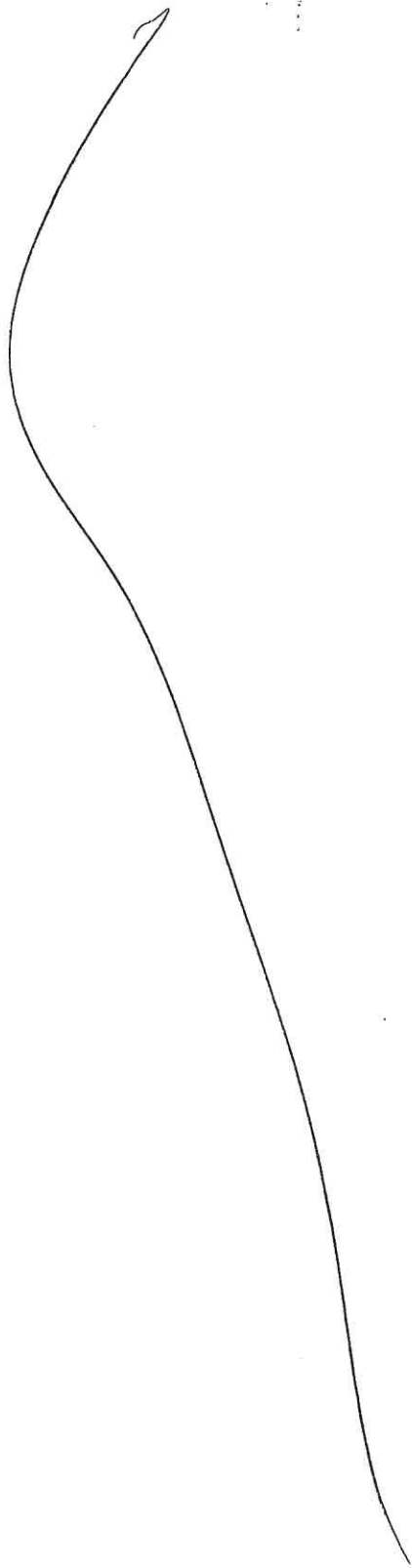
ÓRGANO O SISTEMA		N	A	OBSERVACIONES
Aspecto general				
Piel y faneras				
Cráneo				
OJOS	Párpados			
	Conjuntivas			
	Pupilas			
	Agudeza Visual			
	Córnea			
OÍDOS	Pabellón			
	Conductos			
	Timpanos			
NARIZ	Tabique			
	Conchas			
BOCA	Labios			
	Lengua			
	Faringe y amígdalas			
Cuello - tiroides				
Tórax				
Examen de mamas				
Pulmones				
Corazón				
ABDOMEN	Visceras			
	Hernias			
	Masas			
EXTREMIDADES	Miembros superiores			
	Miembros inferiores			
	Várices			
SISTEMA NERVIOSO	Marcha			
	Sensibilidad			
	Reflejos			
	Impresión psicológica			
COLUMNA				

RESULTADOS EXAMENES DE DIAGNÓSTICO

Otras Pruebas de laboratorio, Imágenes diagnósticas, Valoración de Indicadores Biológicos de Exposición (BEI), de acuerdo al profesigramas

NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADO	N	A	OBSERVACIONES
<u>NO</u>					

RIESGOS Y PROCEDIMIENTOS A LOS QUE APLICA



2. Cardiovascular

R. Mecánico ☐ R. Biológico ☐ R. Químico ☐ R. Biomecánico ☐ Movilidad ☐
 R. Psicosocial ☒ R. Físico ☐ R. Eléctrico ☐ R. Locativo ☐

Procedimiento	SI	No	Observaciones
PVE Desordenes musculoesqueleticos	☒		
PVE Riesgo Biológico			
PVE Conservación de la voz			
PVE Riesgo Químico			
PVE Salud Mental			
Reintegro Laboral			
Alturas			
Espacios Confinados			
Radiaciones			
Hospital Saludable - Riesgo Cardiovascular	☒		
Otros			

DIAGNÓSTICOS

CIE10	Diagnostico	Causa Externa	Nuevo	Repetido	Impresión
	Obero				
	H10				
	Menopausia				

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Presenta recomendaciones SI ☒ No ☐ Temporales ☐ Definitivas ☐ Duración

Descripción de recomendaciones
Esplos de vida Saludable.

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto	Apto ☒	Apto con restricciones ☐
	Retiro Satisfactorio ☐	Retiro No Satisfactorio ☐
	Reintegro Satisfactorio ☐	Reintegro No Satisfactorio ☐
Observaciones		

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

El examinado certifica que fue notificado de su estado de salud y los riesgos laborales a que está expuesto y se compromete en el autocuidado, uso de elementos de protección personal, conocer y cumplir los estándares de seguridad relacionados con su actividad y adherirse a las normas de bioseguridad.

Javier
 Nombre del Médico
[Firma]
 Firma del Médico
[Licencia]
 Licencia del Médico

Javier Esteban Torres Ochoa
 Nombre del trabajador
[Firma]
 Firma del trabajador

Dr. Juan Carlos Pérez Correa
 Médico U.P.B. - HM 8983-02
 Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
 Lic. No. 98537-10



PACIENTE : Doctor JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO
MEDICO : JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO
EMPRESA :
ORDEN N° : 2261017

TELEFONO : 3146273959
EDAD : 64 años
GENERO : Masculino
OFICINA : Poblado
ID : 71604841

FECHA ORDEN : 08/04/2026
FECHA IMPRESO : 09/04/2026
NÚMERO CARNÉ : 02196107-99
ENTREGA RESULTADO : Poblado
HISTORIA :

ESTUDIOS Y PARAMETROS

RESULTADO

VALOR DE REFERENCIA

El actual reporte es una versión parcial de lo que será el reporte final, el cual estará disponible al procesarse la totalidad de las pruebas.

HEMOGLOBINA GLICADA (HB A1C)

Hemoglobina glicada (Hb A1c), concentración en sangre	6,4 %	**	Menor 5,7 %
Promedio de glucemia estimada	135,7 mg/dL		
Método: cromatografía líquida de alta eficiencia (HPLC)			

Nota: la prueba se ha practicado por un método certificado por la NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program), con referencia al DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) de acuerdo con la ADA (American Diabetes Association).

Fecha reporte: 08/04/2026 14:29:42
Fecha toma de muestra: 08/04/2026 09:46:18
Natalia Rendon Garcia
Bacterióloga y Laboratorista Clínica
Reg: 43479224

ANTICUERPOS ANTI-ANTÍGENO S DE LA HEPATITIS B

Pendiente

VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IGG

Anticuerpos IgG contra el virus de la varicela-zóster	1.910 mUI/mL	**	0 a 135 mUI/mL
---	--------------	----	----------------

Interpretación:

Negativo: por debajo de 135 mUI/mL

Dudoso: entre 136 y 149 mUI/mL

Positivo: por encima de 150 mUI/mL

Fecha reporte: 08/04/2026 12:04:02
Fecha toma de muestra: 08/04/2026 09:46:18
Yexica María Morales Rueda
Bacterióloga y Laboratorista Clínica
Reg: 43221658

Pasa página 2

504347

LOT/MFD/EXP:

A69FF917A
04-2025
03-2027



Priorix
▲▲▲
1 dose for reconstitution
1 dose pour reconstitution
1 dosis para reconstitución
Ing./Myco.: S.C./L.M.

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Measles, mumps and rubella Vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et
la rubéole/ Vaccin contra el sarampión,
la parotiditis y la rubéola
Storage Conditions: 2°C - 8°C. Do not freeze
No pas congelar No congelar
GSV Biologicals s.r.l. Frankfurt - Bldg. 3m



Certificado de vacunación del adulto

Apellidos

Documento de identidad: C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E. ☐

Número de documento: 71604841

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1961

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	08 ABR 2016		CP417A	POC
Fiebre Amarilla	Única				
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
Tdap acelular Una dosis por embarazo					
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo					

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
Des dosis en personas inmunosuprimidas	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				

Cruz Roja de Antioquia

Centro de Salud Guayabal



Constancia de Vacunación

Biológico Anti HEPATITIS B - RECOMBINANTE

NOMBRE Javier E. Torres O.

1ra. Dosis <u>16/01/24 - 94</u>	2da. Dosis <u>16/02/23 - 94</u>
---------------------------------	---------------------------------

3ra Dosis 29 Agosto 94

FIRMA VACUNADOR

ESTR

Centro de Salud
Guayabal
Tel. 265 22 00

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA
Carrera 72A N°78B-141 Piso 3 y 4 TEL: 3835400 FAX: 2622677
Correo Electrónico: ldsp.sssa@antioquia.gov.co
INFORME DE RESULTADO



GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA



Registro: 5869 **Fecha de Recibo:** Marzo 26 / 2020 19:54
Paciente: 71604841 JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO
Edad: 58 Años **Sexo:** Masculino
Historia: SIN DATO **Teléfono:** 3146273959
Municipio: MEDELLIN
Institución: METROSALUD UPSS DE GUAYABAL
Observaciones:

Tipo de Muestra: ASPIRADO NASOFARÍNGEO
Examen Solicitado: NUEVO CORONAVIRUS SARS-CoV-2
Fecha realización: Abril 03 / 2020 00:00
Metodología: Wuhan 2019, RT-PCR en tiempo real - Protocolo Charité, Berlín-Alemania.2020.

RESULTADO PRUEBA

VALORES DE REFERENCIA

Resultado : POSITIVO

-

-

Aclaración:

Atentamente,

GRUPO DE VIROLOGIA

Laboratorio Departamental de Salud Pública
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Elaboró: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) recibidas para estudio e identificadas como se especifica en el contenedor de la(s) muestra(s) y la solicitud de servicios respectiva. El Laboratorio no se responsabiliza por el cumplimiento de las condiciones pre-analíticas (pertinencia, identificación, almacenamiento, transporte). No está permitido reproducir parcial o totalmente el informe de resultados sin la aprobación escrita del coordinador del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia.

PACIENTE: JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO
MEDICO : JAVIER ESTEBAN TORRES
EMPRESA : LABORATORIO HEMATOLOGICO FONDO DE SOLIDARIDAD
ORDEN N°: 1897794



TELEFONO : 4993303
EDAD : 59 A
GENERO : Masculino
OFICINA : Domicilios
IDENTIFI.: 71604841

FECHA ORDEN : 15/07/2020
FECHA IMPRESO : 20/07/2020
NUMERO CARNE : 02071961-99
ENTREGA RESULTADO : Domicilios
HISTORIA : .

ESTUDIOS Y PARAMETROS

RESULTADO

VALOR DE REFERENCIA

COVID-19 ANTICUERPOS IGG-IGM PRUEBA RAPIDA.....

Anticuerpos IgM contra SARS-CoV-2 (COVID-19)
Anticuerpos IgG contra SARS-CoV-2 (COVID-19)

POSITIVO
POSITIVO

NEGATIVO
NEGATIVO

Metodología: inmunocromatografía

Interpretación de los resultados:

Sensibilidad 7 días de infección: IgM 91,7%, IgG 79,2%.
Sensibilidad 9 días de infección: IgM 100%.
Sensibilidad 12 días de infección: IgG 100%
Especificidad: IgM 100%, IgG 100%.

En el contexto de una posible infección por COVID-19, se recomienda la siguiente interpretación:
IgM e IgG negativo: etapa temprana de la infección (semana 1).
IgM positivo e IgG negativo: etapa temprana y activa de la infección.

IgM e IgG positivos: etapa tardía o recurrente de la infección.
IgM negativo e IgG positivo: infección pasada.

Nota: un resultado negativo no excluye la presencia de SARS-CoV-2 (COVID-19), ya que durante los primeros días de la infección no hay producción suficiente de anticuerpos contra el virus que puedan detectarse por esta metodología.
Si el individuo tiene síntomas respiratorios agudos o ha estado en contacto con un individuo sospechoso o confirmado de COVID-19 requiere RT-PCR para SARS-CoV-2 (COVID-19).

Nota: de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud, se recomienda confirmar cualquier resultado positivo con RT-PCR para SARS-CoV-2 (COVID-19).

Atentamente,

DEPARTAMENTO TECNICO
Laboratorio Clínico Hematológico

Sede principal: Carrera 43C # 5-33 - Fax 312 82 32 - A.A 312
Toma de muestras: C.C. Sandiego, Torre Norte, Piso 10 # 1034
Teléfono único: 44 44 200 - Medellín, Colombia - www.lch.co
Nit: 890.942.832-2

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO-REDES EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE RESULTADOS DE ENSAYO FOR-R01.0000-001	Versión: 03
			2019-06-21
			Página 1 de 1

Orden #: 2020032800779 Código Interno : GVI-90296

Solicitante : LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE ANTIOQUIA
 Direccion Solicitante : CARRERA 48 # 32-102 PISO 10 TORRE Telefono Solicitante : 074-3839802 * 074-2622677
 Email Solicitante : Entidad Remitente : SEC SALUD MEDELLIN
 Departamento : ANTIOQUIA Municipio Solicitante : MEDELLÍN
 Solicitante : :

Datos del Paciente :

Paciente : TORRES OROZCO JAVIER ESTEBAN Historia : 71604841 Edad: 58 AÑOS
 Sexo : Masculino

VIROLOGÍA

RT PCR para SARS CoV 2 (COVID 19) en muestra respiratoria

Método Utilizado :Reaccion en Cadena de la Polimerasa

RESULTADO:

POSITIVO

PARA EL NUEVO CORONAVIRUS SARS-CoV-2. TÉCNICA: Detección diagnóstica de coronavirus Wuhan 2019 por RT-PCR en tiempo real - Protocolo Charité, Berlín-Alemania.2020.

Tipo de Muestra : HISOPADO FARINGEO O NASOFARINGEO Temperatura Muestra : -0.4°C
 Fecha Recepción de la Muestra : 2020-03-29 Fecha de Procesamiento de la Muestra : 2020-04-02
 Fecha de Informe de Resultado : 2020-04-02 Fecha de recolección de la muestra :2020-03-26
 Código Líder técnico responsable : **5889**
 Código del revisor : **0412**



Dra. Dioselina Pelaez Carvajal
 Coordinadora Grupo Virologia
 Ext. 1426 / 1406

Observaciones generales de la solicitud:

FIN DEL INFORME

El resultado emitido corresponde únicamente al obtenido por el análisis de la(s) muestra(s) allegada(s) para estudio, identificada(s) como se especifica en el contenedor de la(s) misma(s) y la solicitud de servicio respectiva. En los casos en que la toma de muestra no sea realizada por personal del INS, el Grupo no hace se responsable del cumplimiento de las condiciones pre-analíticas de pertinencia en toma de muestra o muestreo según aplique, identificación, información anexa, almacenamiento y transporte. Los resultados de los ensayos y la declaración de cumplimiento con la especificación en este informe se refieren solamente a la muestra de ensayo tal como ha sido analizada/ensayada y no a la muestra/item del cual se ha sacado la muestra de ensayo.

No está permitido reproducir parcialmente o totalmente el informe de resultados sin la aprobación escrita de la Coordinación del Grupo.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Javier Esteban**

Apellidos: **Torres Orozco**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. **71.604.841**

Fecha de nacimiento: Día **02** Mes **07** Año **1961**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22-04-21	Pfizer	ER 9449	clínica CES ICMT	Alejandro Delgado	1020405634
	2	13/05/21	Pfizer	ET 6924	clínica CES ICMT	Alejandro Delgado	1020405634
		22-12-21	Moderna	44037A	U.H. Belén	Valeria Monsalve C. C.C. 1.017.266.051 Aux. Enfermería No. 05 4113-18	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Javier Esteban**

Apellidos: **Torres Orozco**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. **71.604.841**

Fecha de nacimiento: Día **02** Mes **07** Año **1961**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02-09-22	Pfizer	PCA 0076	Eugenio Restrepo	Fátima Álvarez	1033337172
	2						

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 71604841** y número de Afiliación **971604841100**, esta Administradora mediante resolución No. **179973** de **2024** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Junio de 2024**.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 01 de abril de 2026.



DORIS PATARROYO PATARROYO

Directora de Nómina de Pensionados

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Medellín, 2026-03-09

HAGO CONSTAR

Que el/la señor(a) JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO con Cédula de Ciudadanía No. 71604841 se encuentra afiliado(a) en calidad de Cotizante(a) al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia desde el 2024-05-01 hasta la fecha conforme a lo establecido en la Ley 647 del 28 de febrero de 2001..

Lo anterior se expide por solicitud expresa del/la cotizante o beneficiario.



Héctor Mario González Vanegas

Jefe División Programa de Salud

Universidad de Antioquia

Generado por: Gerardo Antonio Gomez (2026-03-09 - 11:35:58)

	AUTORIZACIÓN PARA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	GESTIÓN HUMANA GESTIÓN DE COMPETENCIAS	CÓDIGO: GHU-GC01F19
			VERSIÓN: 01
			FECHA: 22/07/2013

Fecha: 31/03/2026

El decreto 723 de abril 15 de 2013, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboran en actividades de alto riesgo. Las personas a las que les aplica este decreto, tienen derecho a la libre escogencia de su Administradora de Riesgos Laborales

Los trabajadores dependientes que simultáneamente suscriban contratos de prestación de servicios en calidad de contratistas, deben seleccionar la misma Administradora de Riesgos Laborales en la que se encuentren afiliados como trabajadores dependientes.

Los trabajadores independientes que celebren simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales por la totalidad de los contratos suscritos, en una misma Administradora de Riesgos Laborales.

Teniendo en cuenta lo anterior:

YO Javier Esteban Torres Orozco identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1214743030 autorizo al Hospital General de Medellín para que realice la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales _____ en calidad de contratista, de acuerdo al riesgo definido en el contrato N° _____ del año _____.

CONTRATISTA



Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

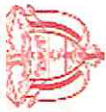
CERTIFICA QUE:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

71604841

Aprobó el Curso
Inducción Administrativo
Hospital General de Medellín
Expedido en la ciudad de Medellín el 5 de abril de 2026

MARIA ALEJANDRA HENAO RIVERA
Directora de Gestión Humana
Hospital General de Medellín



Educación



Salud



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Javier Esteban Torres Orozco

CC 71604841 de Medellín, Antioquia

Realizó y aprobó el Curso Humanización y calidad en atención en los servicios de salud con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-04-01
Fecha de vencimiento: 2028-04-01



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co

Ed Solanillo

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal

Deiby Stevens

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
IDP 3206
Docente.

Rosa Guzman

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Función Pública



Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Javier Esteban Torres Orozco

C.C 71.604.841

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

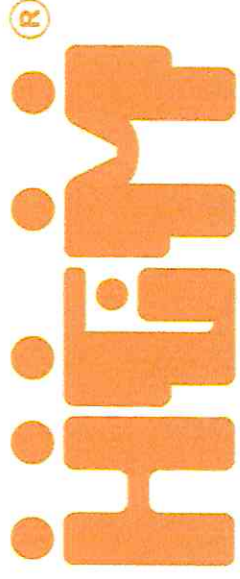
Bogotá D.C., 06 de abril 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769510242206

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".



Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

CERTIFICA QUE:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

71604841

Aprobó el Curso

Sarlaft

Hospital General de Medellín

Expedido en la ciudad de Medellín el 6 de abril de 2026

MARIA ALEJANDRA HENAO RIVERA

Directora de Gestión Humana
Hospital General de Medellín



Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

CERTIFICA QUE:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

71604841

Aprobó el Curso
Seguridad del Paciente
Hospital General de Medellín

Expedido en la ciudad de Medellín el 6 de abril de 2026

MARIA ALEJANDRA HENAO RIVERA

Directora de Gestión Humana
Hospital General de Medellín



Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

CERTIFICA QUE:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

71604841

Aprobó el Curso
Innovación en Salud
Hospital General de Medellín

Expedido en la ciudad de Medellín el 5 de abril de 2026

MARIA ALEJANDRA HENAO RIVERA

Directora de Gestión Humana
Hospital General de Medellín

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE MEDICINA

En atención a que:

JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO

Identificado(a) con cédula de ciudadanía N°71604841

Luego de cumplir con las actividades programadas con una intensidad de 48 horas, y de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias, le expide el presente certificado para el

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO

En testimonio de ello se firma en Medellín, 01 de julio de 2017



CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA
Decano Facultad de Medicina

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.

CLAUDIA CASTRILLON LOPEZ

Menu Principal » Contratación » Reporte de Ingreso

20 de Abril de 2026 / 3:28 p.m.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN,
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.

REPORTE INGRESO / CONTRATO

> INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Registro	Contrato
Código	319-2026GH
Objeto	Prestación de Servicios de Auditoría de Cuentas
Nombre Contratista	JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO
Identificación Contratista	71604841
Código del Proyecto	3-10-3-2026
Nombre del Proyecto	Gastos de Prestación de Servicios
Proceso de Contratación	Contratación Directa
Tipología	Contratos de adscripción que son los que celebre el Hospital para la prestación de servicios
Fecha de Suscripción	08/04/2026
Fecha Inicio (Acta de Inicio)	08/04/2026
Plazo	38
Unidad	Días
Valor	\$13,650,000.00
Se Pactó en Moneda Extranjera	No
Tipo de Moneda	Valor en Moneda Extranjera
Valor en Moneda Extranjera	No
Se Pactó Anticipo	No
Sector del Gasto	Valor Anticipos
Contuvo Fianza Mercantil	No
Es Urgencia Manifiesta	No
Número del Acto	
Fecha del Acto	
Recursos Propios	
Regalías	
SGP	
FNC - Colombia Humanitaria	
Es Vigencia Futura	No
Nombre Proyecto Autorizado	
Valor Ejecutado Vigencia	
Departamento de Ejecución	Antioquia
Ciudad de Ejecución	Medellín

> PROYECTOS

NOMBRE PROYECTO	PROYECTO	PARTICIPACIÓN (%)	VALOR
Gastos de Prestación de Servicios	3-10-3-2026	100.00	\$31.499.586.038

> INTERVENTOR

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO	CONTRATO
71673134	CARLOS ALBERTO MONTÓYA HERNÁNDEZ	Interno	

> DISPONIBILIDAD PPTAL

DISPONIBILIDAD	VALOR	FECHA	RUBRO
2202300399	\$13.650.000	08/04/2026	2.1.2.02.02.009.07

> REGISTRO PTAL

REGISTRO	3202600700	VALOR	\$11.526.667	FECHA	08/04/2026	DISPONIBILIDAD	2202300399	RUBRO	2.1.2.02.02.009.0	DISPONIBLE	\$5.687.065.597
----------	------------	-------	--------------	-------	------------	----------------	------------	-------	-------------------	------------	-----------------

> FECHAS

EVENTO	DESCRIPCIÓN	FECHA
No hay registros		

> ANEXOS

NOMBRE	MODIFICADO	LEGALIDAD	EVENTO
CTO 319 JAVIER ESTEBAN ...	20/04/2026	Certificado de disponibilidad Presupuestal o R...	Principal
CTO 319 JAVIER ESTEBAN ...	20/04/2026	Contrato	Principal
CTO 319 JAVIER ESTEBAN ...	20/04/2026	Designación de supervisor, interventor o gestor	Principal

> AREA DE INCIDENCIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNA	BARRIO	PORCENTAJE
Antioquia (05)	Medellín (001)	Comuna 10. La Candé	Perpetuo Socorro	100%

Continuar Anexando

Salir