

**LUIS JAVIER FARELO CASSIANY**  
Médico General  
Egresado de la Universidad Simón Bolívar  
Tarjeta profesional No. 1045753867  
Celular: 3207490249  
Plato, Magdalena

**PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA LA PRESTACION DE  
SERVICIOS COMO MÉDICO GENERAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS EN LA  
E.S.E FRAY LUIS DE LEON PLATO - MAGDALENA.**

Teniendo en cuenta mi perfil como **“Médico General”**, comprometido en las actividades que me competen como profesional de la Salud, conocedor de los valores que debe tener todo servidor público como son: Honestidad, actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud; Respeto, reconozco y valoro y trato de manera digna a todas las personas; Compromiso, soy consciente de la importancia del rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis actividades cotidianas; Diligencia, cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas de la mejor manera posible, con atención, prontitud, eficiencia y eficacia, para optimizar el uso de los recursos del Estado; Justicia, actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

En mi experiencia como Médico general, en los sitios donde he desempeñado mis actividades como médico se me reconoce por mi idoneidad profesional, persona acuciosa de mis responsabilidades profesionales y ecuánime en mis decisiones a favor de mi servicio médico.

Estoy en **disposición de cubrir las horas estipuladas en mi contrato** en el servicio de urgencias. Mi **propuesta económica es la suma de \$5.500.000** (cinco millones quinientos mil pesos).

Luis Javier Farelo C.

---

Firma



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FARELO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASSIANY	NOMBRES LUIS JAVIER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1045753867	GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES 08 AÑO 1998	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 10 12 33		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO MAGDALENA	
DEPTO MAGDALENA	MUNICIPIO PLATO		
MUNICIPIO PLATO	TELÉFONO 3207490249	EMAIL luisjfarelo@gmail.com	

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b> MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2015

<b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b> 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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2022	1045753867

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

<b>EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO</b> DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA: INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)							
INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																		
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA										
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO										
Día			01	Mes		10	Año		2025	Día		27	Mes		10	Año		2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA MEDICO DE URGENCIA					DIRECCIÓN 14 - 10 juan 23										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																		
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA										
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO										
Día			01	Mes		09	Año		2025	Día		27	Mes		09	Año		2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA SERVICIOS DE URGENCIAS					DIRECCIÓN 14 - 13 juan 23										

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	30	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN 13 - 12 juan 23						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2025	Día	28	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN - 14 12 CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2025	Día	24	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN 14 - 12						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	25	Mes	03	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 - 13 barrio la concepcion						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	28	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GEENERAL			DEPENDENCIA "URGENCIAS"					DIRECCIÓN CALLE 10 12 33 BARRIO LA CONCEPCION						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CALLE 10 12 33 BARRIO LA CONCEPCION						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3024104820			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490242			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2024	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 10 12 33 BARRIO LA CONCEPCION						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3207490249			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CRONTRATISTA			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 10 12 33 BARRIO LA CONCEPCION						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA MEDICO					DIRECCIÓN -CL.14 10-15 BARRIO UAN XXIII						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE ZAMBRANO - ZAMBRANO			<b>PÚBLICA</b> X		<b>PRIVADA</b> A		<b>PAÍS</b> COLOMBIA						
<b>DEPARTAMENTO</b> BOLÍVAR		<b>MUNICIPIO</b> ZAMBRANO					<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>						
<b>TELÉFONOS</b>		<b>FECHA DE INGRESO</b>					<b>FECHA DE RETIRO</b>						
		Día	01	Me s	0 2	Añ o	2024	Día	31	Me s	05	Año	2024
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> MEDICO CON DESPLAZAMIENTO		<b>DEPENDENCIA</b> ATENCION PRIMARIA EN SALUD					<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 3 17 1						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE ZAMBRANO - ZAMBRANO			<b>PÚBLICA</b> X		<b>PRIVADA</b> A		<b>PAÍS</b> COLOMBIA						
<b>DEPARTAMENTO</b> BOLÍVAR		<b>MUNICIPIO</b> ZAMBRANO					<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>						
<b>TELÉFONOS</b>		<b>FECHA DE INGRESO</b>					<b>FECHA DE RETIRO</b>						
		Día	01	Me s	1 2	Añ o	2023	Día	31	Me s	01	Año	2024
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> 85121600 - MEDICO		<b>DEPENDENCIA</b> CONSULTA EXTERNA					<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 3 17 1						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE ZAMBRANO - ZAMBRANO			<b>PÚBLICA</b> X		<b>PRIVADA</b> A		<b>PAÍS</b> COLOMBIA						
<b>DEPARTAMENTO</b> BOLÍVAR		<b>MUNICIPIO</b> ZAMBRANO					<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>						
<b>TELÉFONOS</b>		<b>FECHA DE INGRESO</b>					<b>FECHA DE RETIRO</b>						
		Día	01	Me s	0 7	Añ o	2023	Día	30	Me s	11	Año	2023
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> MEDICO		<b>DEPENDENCIA</b> AREA DE URGENCIAS					<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 3 17 1						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ~~X~~ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

LUIS JAVIER FARELO C

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

### OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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, 30/05/2026 08:51:27 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1045753867** y Nombre: **LUIS JAVIER FARELO CASSIANY**.

### 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. **125607545** . 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

Información		515 9000
<b>Dios y Patria</b>	<b>Policía Nacional de Colombia</b> Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21 Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C. Línea de atención: 018000-910112	



### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:32:19 PM horas del 01/06/2026, el ciudadano identificado con:  
Cédula de Ciudadanía N° 1045753867  
Apellidos y Nombres: FARELO CASSIANY LUIS JAVIER

**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.

[Volver al Inicio](#)



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

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 283301505**



PIB  
20:44:04  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de mayo 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) LUIS JAVIER FARELO CASSIANY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1045753867:

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>



Carlos William Rodríguez Millán  
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.**

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 sábado 30 de mayo de 2026, a las 20:49:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1045753867
Código de Verificación	1045753867251027204924

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 AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

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

**CERTIFICA**

Que Luis Javier Farelo Cassiany, identificado(a) con CC número 1045753867, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1045753867
NOMBRES Y APELLIDOS	Luis Javier Farelo Cassiany
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/08/1998
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2024
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1045753867 LUIS JAVIER FARELO  
CASSIANY Desde 25/11/2024 - Vigente



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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LUIS JAVIER FARELO CASSIANY**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.753.867**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de mayo del 2026.


Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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

	<b>Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.</b>	<b>Código: PFO-SARLAF-0104-03-01</b>	
	<b>Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo</b>	<b>Vigencia: 2022-2024</b>	Versión: 1

FECHA	AA	MM	DD
	2026	03	29

**SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY			<b>TIPO ID</b>	C.C.
<b>NÚMERO ID</b>	1045753867	<b>DIRECCIÓN:</b>	CALLE 10 # 12-33		
<b>CIUDAD:</b>	PLATO	<b>DEPARTAMENTO:</b>	MAGDALENA	<b>PAÍS:</b>	COLOMBIA
<b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>	3207490249	<b>CELULAR</b>	3207490249	<b>OTRO</b>	
<b>EMAIL:</b>	luisjfarelo@gmail.com				
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO			¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO		
¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO					
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO					

**SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA**

<b>RAZON SOCIAL</b>		<b>NIT:</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b>			
<b>CIUDA D:</b>		<b>DEPARTAMENTO</b>	MAGDALENA
<b>PAÍS:</b>	COLOMBIA		
<b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>		<b>OTRO S:</b>	
<b>EMAIL:</b>		<b>CELULA R:</b>	
<b>CIUDADES</b>		<b>SUCURSALES:</b>	
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO			

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA/ REPRESENTANTE LEGAL</b>		<b>Documento de Identificación</b>	
		<b>Teléfono Directo</b>	
		<b>e-mail</b>	
Es persona expuesta públicamente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO	IMPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO	EXPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO
INVERSIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO	PRESTAMOS: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO	¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades (detallar ocupación, que usted desarrolla actividad o negocio):  oficio,

**Mis ingresos provienen del pago de honorarios como contratista de la prestando servicios profesionales a instituciones públicas de salud.**

**EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:****DECLARACIONES**

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.



Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON.

Autorizo

Pág 1 de 2

	<b>Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Lícitas.</b>		<b>Código: PFO-SARLAF-0104-03-01</b>					
	<b>Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo</b>		<b>Vigencia: 2018-2022</b>					
<table border="1"> <tr> <td>FECHA</td> <td>AA</td> <td>MM</td> <td>DD</td> </tr> </table>	FECHA	AA	MM	DD	<b>Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo</b>		<b>Versión: 1</b>	<b>copia controlada</b>
FECHA	AA	MM	DD					
<p>ner indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes tores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo</p> <p>(nosotros) hubieremosnstitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el proporcionado.</p> <p>9</p> <p>decen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo 012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.</p> <p>(</p> <p>En constancia de haber leído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 31 días, del mes de MARZO</p> <p>año <u>2025</u>.</p>								
<p>Luis Javier Farelo c.</p> <p><b>FIRMA CONTRATISTA</b></p>	 <p><b>HUELLA</b></p>	<p>Plato, Magdalena</p> <p>2026</p> <p><b>CIUDAD Y FECHA</b></p>	<p>información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.</p>					
<p align="center"><b>ASPECTOS GENERALES</b></p> <p>ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.</p> <p>Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: <a href="mailto:gerencia@hospitalfrayluis.gov.co">gerencia@hospitalfrayluis.gov.co</a></p>								
<p align="center"><b>OBSERVACIONES</b></p>								



## 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 1045753867 **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 30/05/2026 01:05 PM



Código Verificación: **W9VM28TZ5Y**

Válida hasta: **31/08/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

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

---

Que siendo las 19:39:32 horas del 30/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1045753867,  
Apellidos y Nombres FARELO CASSIANY LUIS JAVIER

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, con NIT

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**  
NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 62-03-101073989	ANEXO No. 0
TOMADOR <b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE</b>			NIT	<b>860.020.082-1</b>
DIRECCION <b>CR 15 A NRO. 120 - 74</b>			CIUDAD	<b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT</b>
ASEGURADO <b>LUIS JAVIER FARELO CASSIANY</b>			CC	<b>1.045.753.867</b>
DIRECCION <b>CALLE 10#12-33</b>			CIUDAD	<b>PLATO, MAGDALENA</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT	<b>0-0</b>
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>17 / 06 / 2025</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>11 / 06 / 2025</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>11 / 06 / 2026</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>11 / 06 / 2025</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>11 / 06 / 2026</b>	
INTERMEDIARIO AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	CLAVE 72960	% PARTICIPACION 100.00	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1  
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
<b>GASTOS DE DEFENSA</b>	<b>GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD</b>	<b>\$ 0.00</b>		<b>\$ 80,000,000.00</b>
DEDUCIBLES: ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD				
<b>PERJUICIO PATRIMONIAL</b>	<b>ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD</b>	<b>\$ 400,000,000.00</b>		<b>\$ 400,000,000.00</b>
DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD				
OBJETO DE LA POLIZA:				
<b>TOTAL SUMA ASEGURADA:</b>	<b>\$ *****400,000,000.00</b>	<b>PRIMA:</b>	<b>\$ *****267,630.00</b>	
<b>PLAN DE PAGO:</b> CONTADO		<b>IVA:</b>	<b>\$ *****50,849.00</b>	
		<b>TOTAL A PAGAR:</b>	<b>\$ *****318,480.00</b>	

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.**

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



REFERENCIA  
PAGO:  
**1102110355599-2**

(415) 7709998021167 (8020) 11021103555992 (3900) 000000318480 (96) 20260611

62-03-101073989

FRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JULIANANITOLA

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330