Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Camacho	Ojeda	Juan Alberto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 11031368	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 11031368 D.M. 61

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 07 MES 01 AÑO 1969	AVENIDA 0 0 11 brr palmas			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	CÓRDOBA	MUNICIPIO	TARAZÁ		
MUNICIPIO	LOS CÓRDOBAS	TELÉFONO	3122982235	EMAIL	juancama452@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNSTECOR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2005

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*

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 SAN ANTONIO -TARAZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8365616	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 26 32 131					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO -TARAZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8365616	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 26 32 131					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO -TARAZA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8365616	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 26 32 131					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8365616	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR EN ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 26 31 131						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8365616	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ENFERMERIA URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 26 31 131						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8365616	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 26 - 32 131						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SINDICATO DE PROFESIONALES Y TRABAJADORES INDEPENDIENTE DE LA SALUD DE ANTIOQUIA -SINTRASANT			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* TARAZÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8538888	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2012	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 47 - 54 24 Medellin						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Juan Camacho

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 _____

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-22 14:49

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	ALBERTO	CAMACHO	OJEDA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	11031368

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	LOS CÓRDOBAS

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	TARAZÁ

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 SAN ANTONIO -TARAZA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	TARAZÁ

Dirección	["Calle 26 Nº 32-131"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$36.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$36.000.000,00

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	$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.031.368

CAMACHO OJEDA

APELLIDOS

JUAN ALBERTO

NOMBRES

Juan Camacho

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1969

LOS CORDOBAS
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

23-MAY-1988 LOS CORDOBAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0127000-00191365-M-0011031368-20091028 0017539200A 1 27522380

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14981257597

(415)7707212489984(8020) 000001498125759 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 3 1 3 6 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Los Córdobas 4 1 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMACHO	OJEDA	JUAN	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Tarazá 7 9 0

41. Dirección principal
BRR LAS PALAMAS

42. Correo electrónico juancama452@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 2 9 8 2 2 3 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 2 0 1 0 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-02-12 / 12:37:26PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAMACHO OJEDA JUAN ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DECLARACIÓN JURAMENTADA
(No inscripción en el Registro Único de Proponentes – RUP)

Yo, Juan Alberto Camacho OjeDa, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 11031368, actuando en mi calidad de persona natural, bajo la gravedad de juramento, me permito manifestar lo siguiente:

1. Que actualmente no me encuentro inscrito(a) en el Registro Único de Proponentes – RUP.

2. Que la normatividad vigente (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015) establece que la inscripción en el RUP es obligatoria únicamente para quienes participen en procesos de selección tales como licitación pública, selección abreviada y concurso de méritos, o cuando la naturaleza del contrato así lo exija.

3. Que el contrato o vínculo a celebrar/celebrado con la E.S.E. Hospital San Antonio de Tarazá corresponde a la modalidad de:
- o Contratación directa
- o Mínima cuantía
- X Prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión
- o Suministro

por lo cual no me encuentro legalmente obligado a inscribirme en el RUP.

4. Que para efectos de la debida rendición en la plataforma Gestión Transparente, anexo a la presente declaración:
- X Copia de mi RUT y/o
- o Certificado de Existencia y Representación Legal
- o Matrícula Mercantil

5. Que la información aquí consignada es veraz y corresponde a la realidad, comprometiéndome a informar oportunamente cualquier cambio que implique la obligación futura de inscripción en el RUP.

En constancia se firma en Tarazá, a los 30 días del mes 4 del año 2026.

Contrato N°: 0229

Juan Camacho
Firma del declarante

C.C. No. 11031368 de los Cordobas

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:40:54 PM horas del 29/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **11031368**

Apellidos y Nombres: **CAMACHO OJEDA JUAN ALBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/04/2026 11:41:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **11031368** y Nombre: **JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA.**

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. **139239865** . 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

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 23:42:24 horas del 29/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **11031368,** Apellidos y Nombres **CAMACHO OJEDA JUAN ALBERTO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO**, con NIT **890984696-7** 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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295127068

PIB
23:43:00

Bogotá DC, 29 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11031368:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de abril de 2026, a las 23:42:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	11031368
Código de Verificación	11031368260429234242

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

TIC

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 11031368 **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 29/04/2026 11:37 PM

Código Verificación: **1KRNTXU4V9**

Válida hasta: **29/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11031368		CAMACHO OJEDA JUAN ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio las palmas altas	TARAZA-ANTIOQUIA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	208249707	9502882548	I	2026/05/19	2026/04/09	BANCOLOMBIA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302362920

219

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	01/05/2026 13:51:40

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	890984696	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO TARAZA	CALLE 26 N 32 131	1180381

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	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 (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 26 N 32 131	TARAZA	Antioquia

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	11031368	CAMACHO	OJEDA

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JUAN ALBERTO	7/10/1969	BARRIO LAS PALMAS ALTAS

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
TARAZA	0005555	3122982235	juancama452@gmail.com	M

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
BARRIO LAS PALMAS	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
COOSALUD E.S.S.	215	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	2/5/2026	3350000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	1/5/2026	31/5/2026	NO

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/05/2026 13:51:40. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302362920

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
0	3350000	1750905	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	TURNOS

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/05/2026 13:51:40. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302362920

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/05/2026 13:51:40. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FUNDACION INSTITUCIONAL TECNICA DE CORDOBA

FUINSTECOR

REPUBLICA DE COLOMBIA
MONTERIA- CORDOBA

El Consejo Directivo Y El Director De La Fundación Institucional Técnica De Córdoba "**Fuinstecor**", Establecimiento De Educación No Formal, Aprobada Según Resolución No. 00336 De Julio 17 De 2003, Emanada Por La Secretaria De Educación Municipal, Acuerdo No. 057 de Diciembre 23 de 2003, Ministerio de Protección Social Nacional, Con Las Debidas Autorizaciones Legales Y Teniendo En Cuenta Que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

C.C. No. 11.031.368 Los Córdobas

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la institución confiere el certificado

De:

Auxiliar de Enfermeria

FUNDACION INSTITUCIONAL TECNICA DE CORDOBA

Con una intensidad de 1.000 horas

Anotado al Folio Nº. 009 del Libro Nº 001

0574
17 MAR 2010

Dado en Montería, a los 18 días del mes de JUNIO del año 2005

Director(a)

Coordinador Académico

JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA
CC: 11.031.368 los córdobas

FUNDACIÓN INSTITUCIONAL TÉCNICA DE CÓRDOBA
FUINSTECOR

Resolución N° 00336
Julio 17 de 2003

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Montería a los Diez y ocho (18) del mes de junio del 2005 a solicitud del señor Director de la Fundación Institucional Técnica de Córdoba FUINSTECOR, se reunió el Consejo Directivo con el fin de formalizar la graduación colectiva en ceremonia solemne.

En la cual se autorizó el acto mediante resolución N° 03 de fecha 18 días del mes de Junio de 2005

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que aprobaron su Pensúm Académico, se procede a certificarlos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Fundación, en nombre de la República de Colombia y por autorización de la Secretaria de Educación No Formal.

Al Estudiante *CAMACHO OJEDA JUAN ALBERTO*

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No 11.031 368 de Los Córdobas a quien se le tomó el juramento de rigor y se hizo entrega del Certificado que lo autoriza para el ejercicio de sus aptitudes.

Para mayor constancia de lo expuesto, se firma la presente Acta por todos los que en ella intervinieron.

RAFAEL CAPARROSO TOVAR
Director

ASTRID RAMOS CORDERO
Coordinación Académica

COMO NOTARIO PUBLICO UNICO DEL CIRCULO
DE CERETÉ
CERTIFICO
Que el documento que antecede, coincide en todas
sus partes con su original que fue
Cereté, 19 FEB 2010 19 FEB 2010

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO
BILIARDO TUIRÁN RICARDO
NOTARIO
CERETÉ - CÓRDOBA

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Departamental de Bachillerato Mixto

Marceliano Polo

Programa Especial para Adultos

Cereté (Cord.)
Autorizado por Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución
No. 27149 de Diciembre 27 de 1982

Confiere a:

JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA

Identificado(a) con 11.031.368 DELOS CORDOBAS (CORD.)

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 02 · Folio No. 006. Diploma No. 082.

Dado en Cereté, Córdoba, a 23 de Diciembre de 2001.

Esp. GLENIS GALVAN GARCIA
C.C. 25.843.930 de Cereté (Córd.)
Rectora

Esp. ROSITA RHENALS BARGUIL
C.C. 30.685.059 de Cereté (Córd.)
Secretaria

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DEPARTAMENTAL DE BACHILLERATO MIXTO
"MARCELIANO POLO"

Registro DANE : 123162001528

En la ciudad de Cereté - Córdoba, a los 23 días del mes de DICIEMBRE de 2001 , se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último Grado, los suscritos Rectora y Secretaria en la Rectoria del **COLEGIO DEPARTAMENTAL DE BACHILLERATO " MARCELIANO POLO"**, Institución autorizada por El Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad ACADEMICO, según Resolución Nº 27149 de Diciembre 27 de 1982.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA
C.C.No 11.031.368 de Los CORDOBAS

Es fiel copia tomada del libro de Actas Original General Nº 07 de DIC.23 de 2001 comienza con el nombre de Y se cierra con el nombre de

Firmada y Sellada por: Esp. GLENIS GALVAN GARCIA - Rectora
Esp. ROSITA RHENALS BARGUIL -Secretaria

Dada en Cereté - Cordoba, a los 23 días del mes de DICIEMBE de 2001

FIRMADO Y SELLADO

Esp. GLENIS GALVAN GARCIA
C.C. 25.843.930 de Cereté (Córd.)
Rectora

Esp. ROSITA RHENALS BARGIL
C.C. 30.685.059 de Cereté (Córd.)
Secretaria

LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZÁ ANTIOQUIA

HACE CONSTAR:

Que **JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA,** identificado con C.C. 11.031.368 expedida en Los Córdobas - Córdoba, ha venido prestando sus servicios mediante las siguientes modalidades de contrato,

N° CONTRATO	INICIO	TERMINACIÓN	OBJETO CONTRACTUAL	MODALIDAD
CON_0197-PS-2025	01/07/2025	31/12/2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZÁ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CON_023-PS-2025	01/01/2025	30/06/2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZÁ.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

N° Resolución	Fecha Vinculación	Fecha Terminación	Modalidad
008	01 de enero de 2024	31 de diciembre de 2024	Supernumerario

La presente se expide a solicitud del interesado para fines que considere pertinentes

Dado en el municipio de Tarazá - Antioquia, a los veintiséis (26) días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

PATRICIA ZULEIMA AGUILAR PEREZ
Subdirectora Administrativa y Financiera

Proyectó:	Revisó:	Aprobó:
Nombre: Freidy Esteban Agudelo Calle Cargo: Técnico administrativo Firma:	Nombre: Patricia Zuleima Aguilar Pérez Cargo: Subdirectora Administrativa y Financiera. Firma:	Nombre: Harlen Bernardo Ortiz Díaz Cargo: Gerente Firma:

Empresa Social Del Estado
Hospital San Antonio
Tarazá – Antioquia
NIT 890984696-7

LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZA ANTIOQUIA

HACE CONSTAR:

Que **JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA**, identificado con cédula de ciudadanía número 11031368, laboró en esta institución, mediante acto administrativo, por la cual se hizo nombramiento de supernumerario como Auxiliar de Enfermería, desde el 1 de abril de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023, cumpliendo a cabalidad con sus funciones requeridos por la entidad.

La presente se expide a solicitud de la interesada para fines que consideren pertinentes.

En constancia de lo anterior se firma en el Municipio de Tarazá el dia 09 de de 2024.

Atentamente,

INGRID CAROLINA ALVAREZ PEREZ
Subdirectora Administrativa Y Financiera

SINTRASAN
Sindicato de Trabajadores de la Salud
NIT 900.478.455 - 4

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL SINDICATO DETRABAJADORES DE LA SALUD DE ANTIOQUIA "SINTRASAN"

CERTIFICA QUE:

Que el(a) señor(a) **JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA** con cédula de ciudadanía No.11.031.368, fue afiliado al Sindicato de Trabajadores de la Salud **SINTRASAN** desde el 01 de Mayo de 2012 hasta el 13 de Abril de 2016, durante este tiempo presto sus servicio como **AUXILIAR DEENFERMERIA** en la ESE Hospital San Antonio de Taraza, a través de un convenio de asociación sindical a término indefinido.

El presente certificado se expide en Rionegro a los 13 días del mes de junio de 2018.

Atentamente,

LEANDRO ALBERTO BONILLA CALLE
Gerente

Yarumal Cr 21 N° 19-53 Of. 202 Tel: 853 88 88 / Rionegro Carrera 48 N. 59B - 43 Tel: 6145750
Medellín Carrera 47 N° 54-24 of 1003 Tel: 251 86 63
E-mail: sintrasan@gmail.com

PDF creado con la versión de prueba de pdfFactory Pro www.pdffactory.com

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

11031368

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8013

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-05-01→8:29:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	11031368	CAMACHO	OJEDA	JUAN	ALBERTO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CAMACHO OJEDA JUAN ALBERTO identificado(a) con CC 11031368 registra La siguiente información:

2026-05-01→8:29:42 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2010-03-17	23000674	SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA

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

Gobernación de Córdoba
Soluciones y compromiso

DEPARTAMENTO DE CORDOBA

Secretaría de Desarrollo de la Salud
Desarrollo de Servicios

RESOLUCION No.23 0674

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE CORDOBA

En uso de sus atribuciones legales y en ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No 8211 de 1989 emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que ***JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA,*** *quien se identifica con* la cédula de ciudadanía No.**11.031.368** expedida en Los Córdobas (Córdoba), ha solicitado el registro de su **TITULO** de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó la **FUNDACIÓN INSTITUCIONAL TÉCNICA DE CORDOBA (FUINSTECOR)** el dia 20 de diciembre de 2008. Según Resolución No. 00336 de 17 de julio de 2003, emanada por la Secretaría de Educación Municipal, y según Acuerdo No. 057 de diciembre 23 de 2003, Ministerio de Protección Social Nacional.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ***JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA*** para ejercer la Profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Monteria a los, 17 MAR 2010

ANGELA CUETER GHISAYS
Secretaria Seccional de Salud

Elaboró: Leida I.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 11031368, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	ALBERTO
Primer Apellido:	CAMACHO
Segundo Apellido:	OJEDA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	11031368
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 1 días del mes de Mayo de 2026, a las 8:54:13 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8o. y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, de las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 núm. 7o. y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 núm. 1o. de la misma norma y, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento.

Dado en TARAZA a los 01 días del mes 5 del año 2026.

JUAN CAMACHO
Firma

NOMBRE JUAN ALBERTO CAMACHO OCHOA

C.C. No 1103136848 de MONTERIA

Bancolombia

Caucasia , 16 de Abril de 2025

A QUIEN INTERESE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN CAMACHO identificado con CC 11031368, a la fecha de la expediciòn de esta certificacion, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	503-637977-49	2024/02/14	ACTIVA

*Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 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.

Atentamente,

Atentamente,
Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

Grupo Bancolombia

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 26 de diciembre 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

C.C 11.031.368

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 26 de diciembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761913658000

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-14
Fecha de vencimiento: 2027-08-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-12
Fecha de vencimiento: 2027-07-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-10
Fecha de vencimiento: 2027-07-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-08
Fecha de vencimiento: 2027-07-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-06
Fecha de vencimiento: 2027-07-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-04
Fecha de vencimiento: 2027-07-04

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-02
Fecha de vencimiento: 2027-07-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-28
Fecha de vencimiento: 2027-06-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Juan Alberto Camacho Ojeda

CC 11031368 de Cordobas Cordoba

Realizó y aprobó el Curso de Central de Esterilización
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-30
Fecha de vencimiento: 2027-06-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101072546	1

TOMADOR	JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA			CC	11.031.368
DIRECCION	BARRIO LAS PALMAS	CIUDAD	TARAZA, ANTIOQUIA	TELEFONO	3122982235
ASEGURADO	JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA			CC	11.031.368
DIRECCION	BARRIO LAS PALMAS	CIUDAD	TARAZA, ANTIOQUIA	TELEFONO	3122982235
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
18 / 09 / 2025	12 / 09 / 2025	12 / 09 / 2026	12 / 09 / 2025	12 / 09 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 20,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********103,176.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********19,603.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********122,780.00

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 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

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

(415)7709998021167(8020)11012620640273(3900)000000122780(96)20251027

REFERENCIA PAGO:

1101262064027-3

65-03-101072546

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG133456E

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4e26e177-58be-4028-8071-537dd27e52c3

Nombres y apellidos / Full name: **JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 1 0 3 1 3 6 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **07/10/1969**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3122982235**

Correo electrónico / e-mail: **juancamacho769@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	07	2020		U3B982V	TARAZA ESE H. San Antonio	CLAUDIA ROSA GARCIA
COVID SINOVAC	Primera	09	06	2021	Sinovac	202104001N	TARAZA ESE H. San Antonio	YUDIS SIRLEY ROJAS PEREZ
COVID SINOVAC	Segunda	08	07	2021	Sinovac	202104007M	TARAZA ESE H. San Antonio	CLAUDIA MILENA BEDOYA GOMEZ
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	19	01	2022	Oxford-AstraZeneca	78037	TARAZA ESE H. San Antonio	CLAUDIA ROSA GARCIA

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

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

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

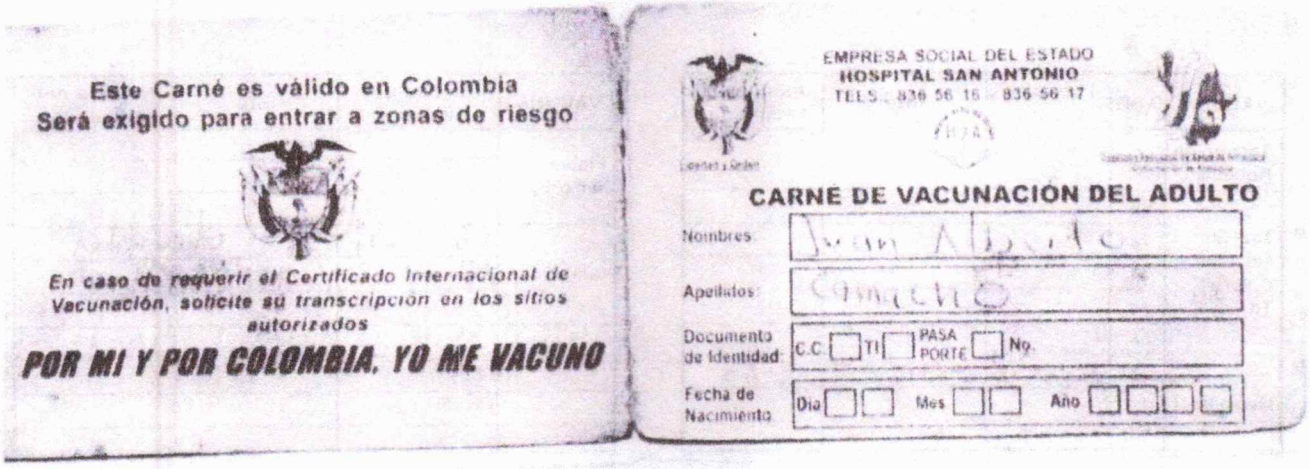
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



Este Carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
TELS.: 836 56 16 - 836 56 17

CARNE DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres: Juan Alberto
Apellidos: Camacho
Documento de Identidad: C.C. ☐ TI ☐ PASA PORTE ☐ No.
Fecha de Nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

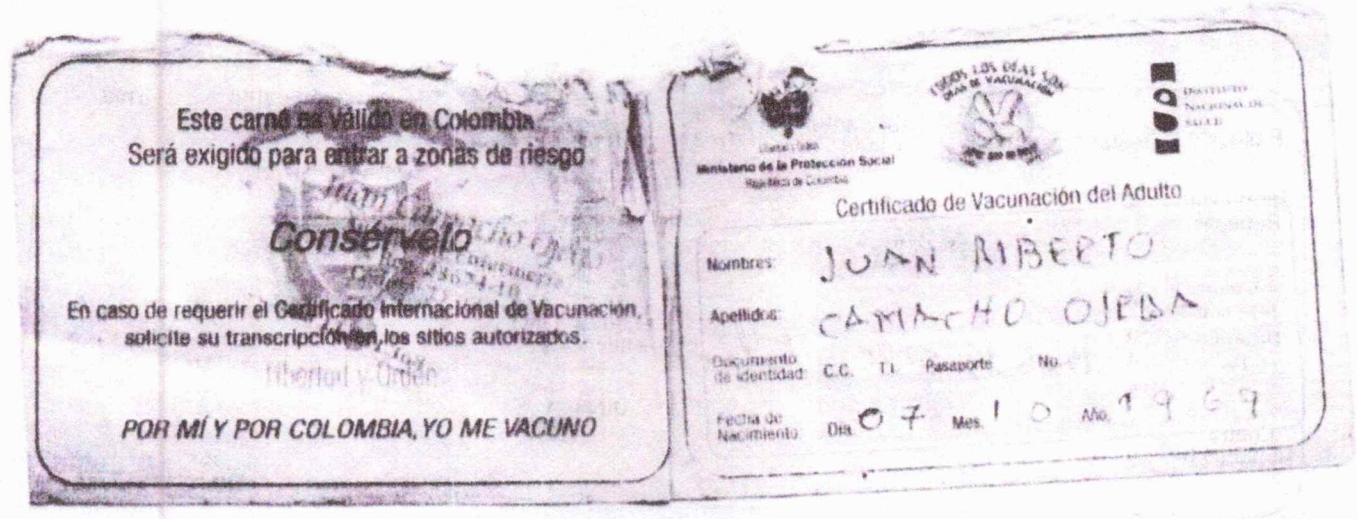
En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Juan Alberto
Apellidos: Camacho
Documento de identidad: C.C. TI Pasaporte No.
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: JUAN ALBERTO
Apellidos: CAMACHO OJEDA
Documento de identidad: C.C. TI Pasaporte No.
Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 10 Año 1969

VACUNA	Dósis	Fecha de Vacuna	lote	Nombre del Vacunador
Sarampión Rubeola	Única	21-11-12		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1a.			
	2a.			
	3a.			
	4a.			
	5a.			
Hepatitis B	1a.	26-10-12	0131045	yudis
	2a.			
	3a.			

VACUNA	Fecha de Vacuna	lote	Nombre del Vacunador
Fiebre Amarilla	[illegible]		
Influenza	16-11-11	377	claudia
	19-09-12	1203601	Enrique
ATIH1	10-6-10	40-1059	yudis

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	21-11-2012	CIENICIA	yudis
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	26-11-12	40100	yudis
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-10-12	0131045	yudis
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	26-05-05		
Contra Influenza	1	16-11-11	377	claudia
	2	AGOSTO 2012	1203601	Enrique
Otras				
H1N1	1	10-06-10	40-1054	yudis
DPT/Adulto	1	29-5-13	064AA	yudis R

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	15-05-14	1009C	Kutan
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 11/07/2025

Información paciente

Empresa: TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Empresa en misión: ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZA
Nombre completo: JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA
Identificación: CC: 11031368
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha nacimiento: 07/10/1979
Edad: 45
Genero: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Técnica
Teléfono: 3122982235
Dirección: Antioquia, Tarazá, Barrio Las Palmas
Nº hijos: 0
ARL: Colmena riesgos profesionales S.A.
EPS: Coosalud EPS
AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL.**

Concepto de aptitud

Apto con recomendaciones.

Anexo

APTO PARA LABORES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Se realiza evaluación médica ocupacional siguiendo las recomendaciones y protocolos de gobierno nacional, orientadas a prevenir la trasmisión de infecciones y en cumplimiento de las precauciones estándares definidas por la OMS/OPS que tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre u otras fuentes, y en general las infecciones trasmitidas por otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. NO REPORTA ENFERMEDAD O PATOLOGÍA ALGUNA QUE SE RELACIONE CON EL TRABAJO. NO Reporta haber sufrido Accidentes de Trabajo. No tiene síntomas ni signos de sufrir enfermedad infecto contagiosa alguna. Tiene las 3 dosis de la vacuna COVID.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al médico evaluador de Salud Ocupacional abajo firmante, al servicio de la Empresa, a realizarme el examen médico de Salud ocupacional, con los laboratorios y paraclínicos que considere necesarios. He comprendido el propósito de este tipo de evaluación. Se me ha dado a conocer que la realización de este examen y los estudios, interconsultas, paraclínicos que se derivan del mismo, es voluntaria. Manifiesto igualmente que toda la información que he suministrado es verídica y no he omitido información relacionada con mi Salud, Historia laboral y ocupacional. Fui informado de las medidas que tomará el prestador para garantizar la confidencialidad, seguridad, conservación y preservación de mi historia clínica. Autorizo al prestador, a suministrar información relacionada con mis datos, y contenido de la historia clínica, a las personas o entidades contempladas en la legislación, en cumplimiento de los preceptos de Programa de Seguridad y Salud en el trabajo de la empresa y en procura de mi bienestar.

LA HISTORIA CLÍNICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

2025102803494

Nombre:	**JUAN ALBERTO CAMACHO OJEDA**			Nº Ordenamiento:	**32453**
Identificación:	CC 11031368	Tel:	999999999	Fecha de recepción:	28/10/2025
Edad de ingreso:	56 Años, 0 Meses, 0 Días	Sexo:	Masculino	Fecha toma muestra:	28/10/2025
Fecha de nacimiento:	28/10/1969			Fecha impresión:	22/01/2026
Médico:	MEDICOS VARIOS			Sede:	MEDELLIN REFERENCIA
Empresa:	GREISY SOFIA TAPIA SERPA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G **Método: Quimioluminiscencia**	**3.158**	**mUI/mL**	

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 150 mUI/ml
Positivo: Mayor o igual de 150 mUI/ml

SEBASTIAN HERNANDEZ ALFARO
CC 1018433916
BACTERIÓLOGO
29-oct.-2025 01:47 p. m.

ELSY YANNETH OSPINA BELTRAN
CC 20644959
BACTERIÓLOGA
29-oct.-2025 04:29 p. m.

ESE Hospital San Antonio Tarazá Antioquia	Documento de apoyo	Código: F-GH-006
	RUTA DE INDUCCION	Versión: 02
		Vigencia: 25/1/2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Jostn Alberto Camacho **CARGO:** Auxiliar Enfermeria

HORA	RESPONSABLE		FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN:
	Líder de talento humano	Plataforma estratégica y portafolio de servicios, Manual de Inducción general, entrega de manual de funciones, verificación de requisitos hojas de vida, **Verificación requisitos contratación,** Entrega de dotación, recorrido y **reconocimiento de las áreas y servicios**, protocolo empresarial y presentación personal, manejo del Recurso Humano, **Firma de política de confidencialidad.**	
	Subgerente Científico / administrativo	Inducción general, comités a los que va a participar y su función, integración y apoyo en los servicios. Procesos de atención en los servicios (normas generales de funcionamiento)	
X	**Gerente**	Saludo de Bienvenida	
X	**programa de calidad y seguridad del paciente**	Actividades del programa de calidad y seguridad del paciente. Tareas asignadas de calidad para el área, enseña del sistema de reporte de incidentes y eventos adversos- aplicativo. Ubicación de consulta de guías y protocolos de las áreas - Tablero de indicadores de las áreas	
X	**Oficina de Control Interno**	Actividades a realizar relacionadas con control interno, mapa de riesgos, socialización de políticas institucionales. Modelo integrado de planeación y Gestión, comité de control interno	
	S.I.A.U	Funcionamiento del área, encuestas Satisfacción del usuario, tramite de PQRSF, respeto por derechos y deberes, comité de ética. Normas de atención del cliente y programa de humanización	Katy C
X	**Programa de seguridad y salud en el trabajo**	Normas de higiene y seguridad industrial. Procedimientos Reporte de accidente laboral, comité de salud ocupacional, Uso de elementos de protección personal	
Paula	**facturación y auditoria medica**	Generalidades de contratación y auditoría, motivos de glosas, seguimiento a las historias clínicas. Legislación, normas y funcionamiento del proceso de facturación. Gestionar claves de acceso y funcionamiento del Software,	Paula 3000
	sistemas	, plan de contingencia informática, Generalidades, norma de uso de equipos de cómputo, lectura de política de confidencialidad	
Elana	**Sistemas de información y Vigilancia epidemiológica GESIS**	sistema de notificación de vigilancia epidemiológica , , COVE, Normas y contenido de la historia clínica, orden de la historia clínica, autorización de manipulación de la historia, confidencialidad y custodia, Funcionamiento archivo clínico y entrega de copias de historia, **Importancia de procesos de medicina legal (Si aplica)** Principales Procesos y Procedimientos Aplicativos del Ministerio de la Protección Social: 1. **RUAF** (Hechos vitales: Nacimientos y Defunciones) 2. **SINEI** (Reconocimientos médico legales y Necropsias) 3. **SIVIGILA** (Actualización del SIVIGILA 2012 y cómo se maneja	

	Documento de apoyo	Código: F-GH-006
ESE Hospital San Antonio Tarazá Antioquia	**RUTA DE INDUCCION**	Versión: 02
		Vigencia: 25/1/2026

		este proceso) **4. RIPS.**	
X	**Área de Gestión ambiental**	Normas de disposición de residuos hospitalarios., funciones del comité de gestión ambiental, políticas de optimización de recursos (cero uso papel), ahorro de agua y energía, control de plagas y roedores,	
cleto	**Servicio farmacéutico**	Diligenciamiento correcto de fórmulas y registros, listado básico de medicamentos que tiene la Ese, optimización de uso de medicamentos, detección de pacientes polimedicados, normas de almacenamiento de medicamentos, diligenciamiento y normas de prescripción de medicamentos de control, responsabilidad frente al stock de los servicios. Normas de pedido de insumos para reposición en los servicios, control de fechas de vencimiento, control de factores ambientales.	
Heiner	**almacén, inventarios y suministros**	Pedidos de almacén , control de inventarios, responsabilidad frente a equipos, entrega de inventarios a cargo, reportes de mantenimiento, comité de compras	
Ir	**Plan de emergencias**	Cadena de llamadas, plan emergencia interno y externo, normas generales, funciones del comité de emergencias	
Dina	**Centro Administrativo de Documentos**	Manejo y envío de documentación interna y externa, trasferencia documental desde el puesto de trabajo,	
Cesar	**Salud pública y PyP**	Programas de salud pública , brigadas, programas de PyP, metas y direccionamiento por RIAS, y demanda inducida , redes integradas, APS, Programa IAMI, AIEPI	
	JEFE INMEDIATO Ó DE TURNO **servicio asignado**	Inducción dentro del servicio asignado	HARVINTON VASQUEZ
LECTURA DE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES: A USTED SE LE HARÁ ENTREGA DE MATERIAL INFORMATIVO GENERAL DE LA ESE Y MATERIAL PROPIO DE SU SERVICIO PARA LECTURA Y ESTUDIO. POR FAVOR CUANDO TERMINE LA REVISION DE LA INFORMACION DEBE NOTIFICAR AL JEFE DEL AREA PARA REALIZAR LA VALIDACION DEL CONOCIMIENTO. SIN ESTE REQUISITO NO SE CONSIDERARÁ TERMINADO EL PROCESO DE INDUCCION.			CERTIFICA EL CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA:

CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS DE LA INDUCCIÓN:

_____

_____

LIDER DE TALENTO HUMANO **FUNCIONARIO** Juan Camacho

ACTA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO SEGURO DE LA INFORMACIÓN

Comprendo que el Hospital San Antonio de Tarazá es una institución que conserva información confidencial de pacientes y funcionarios que no puede salir a la luz pública por una acción irresponsable y/o descuidada de cualquiera de sus colaboradores.

La información que tiene la institución es un activo valioso y debe preservarse de forma segura, responsable y confiable.

Es por todo lo anterior que con la firma de esta acta Yo Juan Alberto Comedio Ceda con CC 11031368 me comprometo a hacer un uso responsable y confidencial de la información que me proporciona la empresa en software o archivos físicos o digitales, independiente del tipo de información de que trate.

Me comprometo, entre otros aspectos a cumplir con lo siguiente:

- ✓ Proteger, preservar y administrar objetivamente la información de la E.S.E. **Hospital San Antonio de Tarazá** junto con las tecnologías utilizadas para su procesamiento, frente a amenazas internas o externas
- ✓ Dar un uso exclusivo a los permisos de acceso a la información que me sean entregados de acuerdo a mis funciones y competencias. No prestaré, cambiaré o haré uso indebido de las claves de acceso proporcionadas por la entidad.
- ✓ Mantener íntegro, confidencial y disponible el activo de información mientras que es desarrollado, producido, mantenido y utilizado en mi área de trabajo.
- ✓ Mantener un inventario de los activos de información que poseo en el servicio (procesada y producida) y de los recursos tecnológicos que me sean asignados para la labor y para ser custodiados.
- ✓ Acogerme a las medidas de seguridad de la información establecidas por esta Política
- ✓ Al momento de mi retiro o cambio de cargo, cumpliré con la responsabilidad de custodia de cualquier archivo mantenido, usado o producido, y realizaré la entrega

de toda la información al jefe de dependencia o supervisor del contrato en caso de no tener una persona que me reciba la información.

- ✓ Garantizo que los equipos asignados en mi área serán adecuadamente conservados, especialmente si son de potencia eléctrica regulados para tenerlos protegidos por UPS.

- ✓ No se obstaculizará la protección por software antivirus con capacidad de actualización automática en cuanto a firmas de virus. No estoy autorizado a deshabilitar este control.

- ✓ Toda información que pertenezca a la matriz de activos de información institucional o que sea de interés para un proceso operativo o de misión crítica La tendré respaldada por copias de seguridad tomadas de acuerdo a los procedimientos documentados por el hospital.

- ✓ Permitiré que la Oficina de Control Interno efectúe auditorías aleatorias que permitan

- ✓ determinar el correcto funcionamiento de los procesos de copia de seguridad en mi servicio.

- ✓ No realizaré copias de historias clínicas sin la aprobación del coordinador del archivo clínico de la ESE expresando la justificación de ello, o en su defecto solicitaré el permito de la Gerencia o administración.

- ✓ Si por cualquier motivo relacionado con la labor me entero de información de la historia clínica de cualquier usuario, esta nunca será publicada, ni trasmitida a otros que no tengan competencia para conocerla.

- ✓ Todo equipo que yo ingrese a la E.S.E. debe ser revisado, registrado y aprobado por el área de sistemas, administración y Gerencia antes de conectarse a cualquier nodo de la Red de comunicaciones y datos institucional. Si el caso se presenta, dicha dependencia debe desconectar aquellos dispositivos que no estén aprobados y reportar tal conexión como un incidente de seguridad a ser investigado.

- ✓ Tengo pleno conocimiento que **no se permite la instalación de software** que viole las leyes de propiedad intelectual y derechos de autor en especial la **ley 23 de 1982** y relacionadas. La **Oficina Asesora de sistemas** debe desinstalar cualquier software ilegal y registrar este hecho como un incidente de seguridad que debe ser investigado.

- ✓ Me acogeré a las normas de uso de Internet y de los servicios de correo electrónico, además no expondré la entidad a riesgos por el almacenamiento de datos en equipos personales (computadores portátiles, notebooks, PDA, celulares, etc.).

- ✓ Como requisito para la terminación de relación contractual o laboral del personal de la ESE, el área de sistemas debe expedir un certificado de cancelación de las cuentas de usuario asignadas para el uso de recursos de tecnologías de la información de la institución.

- ✓ Me han informado que el **Asesor Jurídico** verificará el cumplimiento de la presente Política en la gestión de todos los contratos, acuerdos u otra documentación de la entidad con empleados y con terceros. Así mismo, asesorará en materia legal a la entidad en lo que se refiere a la seguridad de la información en caso de ser violado alguno de los anteriores acuerdos.

Juan Camacho

FIRMA COLABORADOR DE LA E.S.E.

FIRMA RESPONSABLE DEL AREA DE TALENTO HUMANO

FECHA: 01 - 05 - 2026