EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/20265

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: JUAN PABLO VALENZUELA

CARGO: MEDICO GENERAL

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	✓			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	✓			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	✓			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	✓			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	✓			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	✓			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	✓			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	✓			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	✓			
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	✓			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	✓			
12	Registro usuario Secop II	✓			
13	RUT Actualizado	✓			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
15	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	✓			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
20	Formato de indemnidad	✓			
21	Formato de ARL	✓			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Titulos)	✓			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			Vence 30-06-26
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometria*Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional	✓			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	✓			
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	✓			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	✓			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	✓			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	✓			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia	✓			
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.	✓			
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	✓			
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				

56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
57	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
58	Retiro e inserción DIU				
59	Retiro e inserción JADELLE				
60	Certificado de formación en toma de citología				
61	Soporte vital avanzado				
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
63	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
66	Registro único nacional de tránsito RUNT				
67	Licencia de conducción				
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA				
70	Soporte vital básico				
71	Primeros Auxilios				
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	INGENIERO BIOMÉDICO				
73	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
78	Certificación de manipulación de alimentos				
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
80	Certificado curso de alturas				
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 01 de Junio de 2026

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: JUAN PABLO VALENZUELA

Cargo: MEDICO URGENCIAS

Respetado Doctor Diego Alejandro Garcia Londono, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre: JUAN PABLO VALENZUELA
CC: 80.176.636
Dirección: KR 83-N 13-50

Email: juanchotuhseq@gmail.com

Telefono/ Celular: 318-547 0993



Juan Pablo Valenzuela Fuentes

Cédula 80.176.636 de Bogotá

Kr 83 N° 13-50

Barrio El Vergel- Kennedy

E -mail:

Juanchotuhseq@gmail.com

Cel: 318-5470993

Formación Académica

Post Grado	Esp. en Salud Ocupacional y Riesgos laborales 2021. UMB
Universitarios	Médico y cirujano 2013.
	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
	Hospital San José.

Cursos realizados

- ACLS-BLS Abril 2025- Abril 2027 - 30 horas presencial.

SALAMANDRA, Bogota. Castellana.

Experiencia Profesional

Hospital Simon Bolivar -Area de Urgencias. Feb/2025 -Mar/2026.

Hospital Kennedy -Area Urgencias. Julio/2023- Nov/2024.

Clínica de Ortopedia y Accidentes Laborales. Mar/2021-Jul/2021.

Hospital Simón Bolívar. AMED-COVID Jul/2020-Jul/2021.

Hospital Departamental Villavicencio; Ago/2018-Feb/2020

Clínica Palermo- Área de Urgencias. Ago/2017- Mayo/2018 Bogotá

Hospital Santa Clara- Área de Urgencias. Ago/2016-Ene/2017 Bogotá

Hospital Mario Yanguas- Área de Urgencias. Ago/2016-Dic/16 Soacha.

Hospital Yopal E.S.E. Área de Urgencias Sep/2015-/Mar/2016 Yopal.

Ambupetrol Medica SAS-Ambumedica Jul/2014- Dic/2014 Bogotá.

Red Salud E.S.E Casanare. Servicio Social Obligatorio Jun/13-Jun/14 Maní.

Eventos Científicos

- XX Congreso de Dolor en el Eje cafetero "Alivio para todos". Asistente.Jun/16 Pereira.
- Curso Enfermedades transmitidas por vectores Dengue- Chikunguña Sep/15 Yopal.
- Jornada detección temprana y manejo de lesiones Preneoplasicas Sep/15 Yopal.
- Simposio Endocrinologia Multidisciplinaria, Asistente Agosto 2014. Bucaramanga.
- Simposio La Endocrinologia en el Hospital, Asistente Marzo 2013. Bogotá.
- 1er Curso Atención Primaria y Secundaria en Medicina Marzo 2013.Bogotá
- IX Curso JIMENO RAMIREZ, Medicina interna de Urgencias Agosto 2012 Bogotá.
- Simposio Diabesidad "La pandemia anunciada", Asistente Agosto 2012. Bogotá.
- Primer Congreso de Medicina Familiar con énfasis en Atención Primaria Asistente, Mayo/2012 Bogotá
- Simposio la Endocrinologia Oncológica, Terapias Target, Asistente Marzo/2012 Bogotá
- Que hay de nuevo en el área de las neurociencias, Asistente Marzo/2011. Facultad de medicina Universidad de Antioquia. Medellín
- Congreso Colombiano de Epilepsia Enero/2010 Hospital Infantil San José. Bogotá.
- I Encuentro de Representantes Estudiantiles de Colombia y Centroamerica, Asistente Marzo/2005 Bogotá

Reconocimientos

- Concurso Académico Nacional de Gastroenterologia y Nutrición. Nov/2010 Univeridad del Rosario. Bogotá
- Concurso Académico Nacional de Endocrinologia y Metabolismo. Nov/2012 Univeridad del Rosario. Bogotá



Publicaciones y Trabajos

- "Miopericarditis" Reporte de caso, Rev Repertorio de Medicina y Cirugia 2014. Junio ISSN 0121-7372P. 149-152 v. 23 Valenzuela Juan Pablo, Carlos Castro Alberto, Chaves Santiago Walter.

Referencias Personales

- Davies Bello

  Medico Colmedica 314-4482189

- Eduardo Perez

  Medico Urgencias HUN. Cel: 300-2653522

Referencias Familiares

- Esperanza Fuentes Pulido

  Cel: 312-5438894

- Olga Valenzuela

  Cel; 312-5560801



Juan Pablo Valenzuela Fuentes

Médico General. FUCS.

C.C. 80.176.636 de Bogotá.





FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**B-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

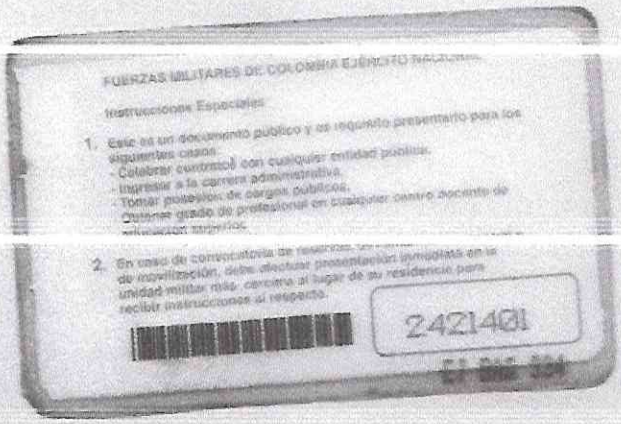
16-AGO-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00613736-M-0080176636-20140822 0039661302A 1 1073015368


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
APELLIDOS Y NOMBRES
VALENZUELA FUENTES
JUAN PABLO
PERTENECE AL EJERCITO DE
1ª LINEA
2014
2ª LINEA
2018
3ª LINEA
2034
PROFESIÓN
BACHILLER
COSTE DE PATATO


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL
Instrucciones Especiales
1. Este es un documento público y es requerido presentarlo para los siguientes casos:
- Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
- Ingresar a la carrera administrativa.
- Tomar posesión de cargos públicos.
2. En caso de convocatoria de reservas, [illegible] de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.
2421401

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297161108

PIB
12:57:50

Bogotá DC, 01 de junio 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 PABLO VALENZUELA FUENTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80176636:

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

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

ATENCION :
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 lunes 01 de junio de 2026, a las 12:59:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80176636
Código de Verificación	801766362606011125945

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:02:26 PM horas del 01/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 80176636
Apellidos y Nombres. **VALENZUELA FUENTES JUAN PABLO**

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

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/06/2026 01:05:02 p. m. el ciudadano con Cedula de Ciudadania No. **80176636** y Nombre: **JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Codigo Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **141262482** . 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 numero de cedula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 80176636 **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 01/06/2026 01:20 PM

Código Verificación: **L2DH8NC5PS**

Válida hasta: **30/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C8017663600325277
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES**, identificado(a) con C.C. No. 80176636 y T.P. o R.M. No. 80176636 del(a) Secretaria Departamental de Casanare, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 02 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Mis procesos ▼ Menú

JUA I PABLO VALENZ...

Salir

~ Administración de contratos

Últimas modificaciones Todos Seleccione

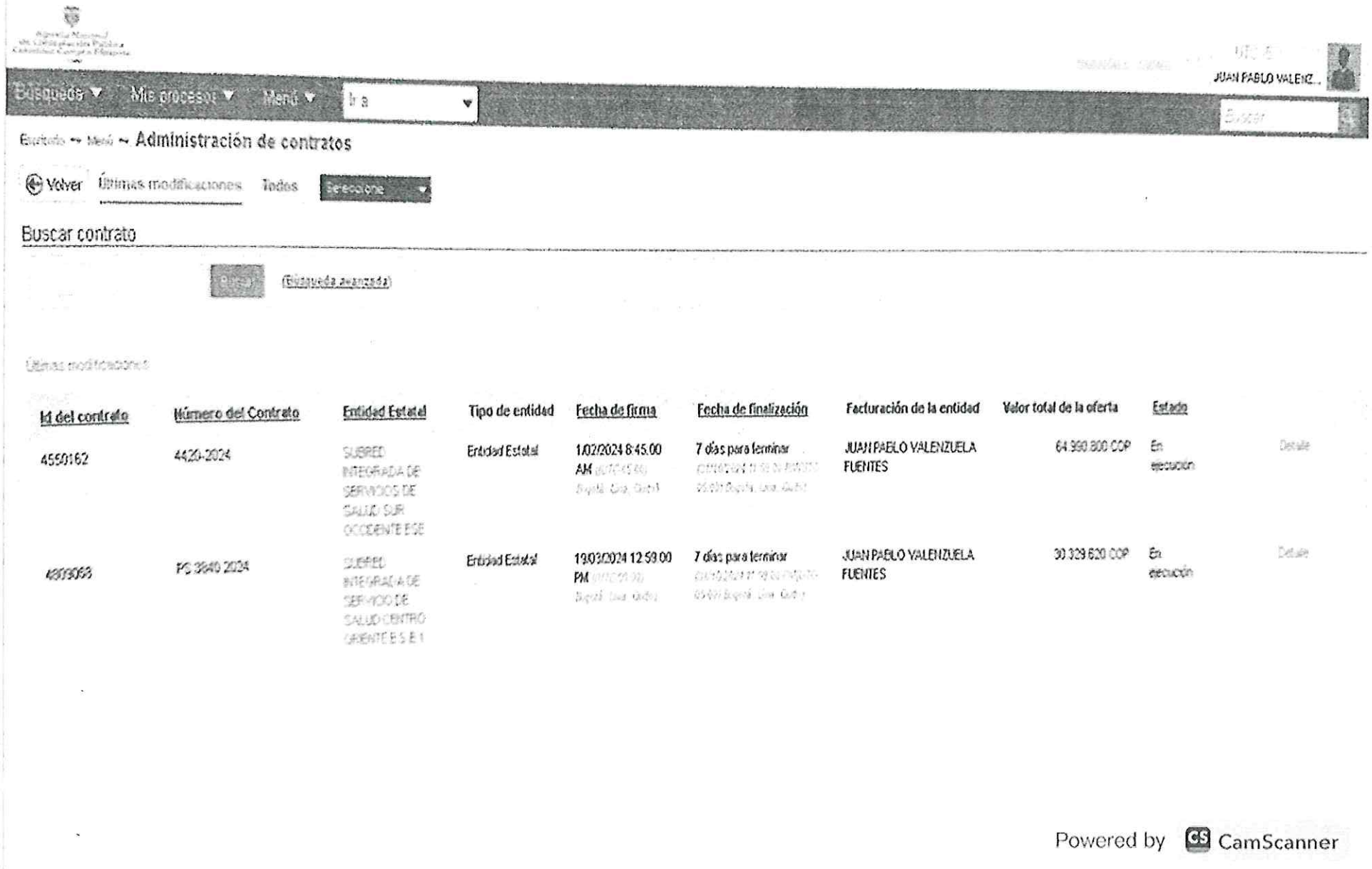
Contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Opciones

Contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
	44[illegible]-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	Entidad Estatal	1/02/2024 8:45:[illegible] AM	7 días para terminar	JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES	64 960 800 COP	En ejecución	Detalle
	PS 3840 2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	Entidad Estatal	19/03/2024 12:5[illegible]:00 PM	7 días para terminar	JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES	30 329 620 COP	En ejecución	Detalle

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141255343112

(415)7707212489984(8020) 000014125534311 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 7 6 6 3 6	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 1 7 6 6 3 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALENZUELA	FUENTES	JUAN	PABLO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 83 13 50 BRR VERGEL

42. Correo electrónico: juanvalf19@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8 2 1	3 1 8 5 4 7 0 9 9 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 3 0 6 2 0	8 6 1 0	2 0 1 3 0 6 1 3					

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2026-06-03 / 09:36:23AM

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 VALENZUELA FUENTES JUAN PABLO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2026-06-01	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VALENZUELA	FUENTES	JUAN	PABLO

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	80176636	BOGOTA DC	2002-08-16
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1984-05-19	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLT(X)A) CASADO DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	0	0	3185470993

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:		CONTRATISTA
		X								

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 83 #13-50	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIANO	3185470993

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
juanchotuhseg@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	MEDICO GENERAL
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		SI	NO	8621	
	NO X		ICA	SI NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI NO X			SI NO X		SI NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	NO	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO		SERVICIOS	SALUD X			800006850-3

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA INANCIERA TRANSPORTE ENOLOGIA MENTOS ME AMENTOS

OTRA CUAL:

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 #10-48	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL	FECHA VINCULACION	2026-06-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 150.000.000
HONORARIOS	$ 6.000.000	ARRIENDOS	$ 3.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	$ 1.000.000	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 240.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 7.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 5.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 240.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 150.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEREZ	BARAJAS	EDUARDO	ENRIQUE
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 66 N 59-31	BOGOTA	AMIGO	300-2653522

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CTA AHORROS	4,8842E+11	BOGOTA	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MEDIO GENERAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Region de Salud Soacha a dar inicio a la liquidacion del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Region de Salud Soacha en el caso de infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes [illegible] REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
[illegible]
revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

SaludTotal

BOGOTA, Mayo 14 de 2026

Señor:

VALENZUELA FUENTES JUAN PABLO

CC. 80176636CR 83 13 50 BRR VERGEL - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 8 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c	Sem_A	Parentesco	Estado_Afilia	Fecha_de_desafilia	Estado_Actual	Discapacidad
VALENZUELA FUENTES JUAN PABLO	80176636	C	Nov-8-2017	57	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CLINICA NEFROUROS SAS	80176636	Dependiente	CERRADO
CONGREGACION DE HERMANAS DE CARIDAD DOMI	80176636	Dependiente	CERRADO
JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES	80176636	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
[illegible]	[illegible]	Independientes con contrato de prestacion de servi	[illegible]
JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES	80176636	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES	80176636	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	80176636	Dependiente	CERRADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
GURIDAD AMBIENTE CALIDAD Y SALUD CONSU	80176636	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD AMBIENTE CALIDAD Y SALUD CONSU	80176636	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD AMBIENTE CALIDAD Y SALUD CONSU	80176636	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD AMBIENTE CALIDAD Y SALUD CONSU	80176636	Dependiente	CERRADO
SOCIEDAD MEDICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTE	80176636	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Vigencia de Operaciones Comerciales

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Valenzuela	Fuentes	Juan Pablo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 80176636	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 2421401 D.M. 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 05 AÑO 1984	CARRERA 83 13 50 ET II AP 1309 VERGEL			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3185470993	EMAIL	juanchotuhseq@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	02	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES	02	2020	11255
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2013	80176636

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS			X			X			X

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6014431790	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* CALLE 165 7 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3118421081	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* AVENIDA 1 40B 54 SUR					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* : Calle 13 N 9-85 Soacha						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6344650	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	09	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 15N ° 07 -95 Manzana L Vía Marginal						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 60135584	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIAS	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* CALLE 3 2 15 ESTE MOSQUERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	08	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DOMICILIARIO COVID	*DEPENDENCIA* PROGRAMA COVID						*DIRECCIÓN* CALLE 165 7 null 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6817901	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS Y CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA - CPO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 601361288	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 40B null SUR 17-27A					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PALERMO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* MEDICO URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 45C 22 ? 02 Bogotá,					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá. 02 JUNIO 2026

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 | sigepII

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Juan Pablo Valenzuela Fuentes

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 80176636 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 83 13 50 ET II AP 1309 VERGEL TELÉFONO: 3185470993

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DIANA MARCELA VALENZUELA FUENTES	1020716950	HERMANO(A)
ESPERANZA FUENTES PULIDO	20953621	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$88.000.000
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$1.800.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$89.800.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	488420010800	DAVIVIENDA	1.300.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	APARTAMENTO BOGOTA-KENNEDY	300.000.000
INMUEBLES	APARTAMENTO VILLAVICENCIO	130.000.000

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO	CIUDAD Y FECHA
	BOGOTA. 02-JUNIO 2026

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACION DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSION	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha 01 de Junio de 2026.

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Juan Pablo Valenzuela , identificado(a) con cedula No. 80.176.636 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: MEDICO URGENCIAS , manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no ( ) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decision:

_____

_____

_____

Atentamente,

Juan Pablo Valenzuela

C.C. 80.176.636

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Soacha, _01___ de _JUNIO__ DE 2026

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Juan Pablo Valenzuela Fuentes __ identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 80.176.636_de _Bogotá .por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestacion de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente, Juan Pablo Valenzuela.

C.C. No. 80.176.636 _ De _Bogotá.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARLSURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido:	JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES
N.° Documento:	80.176.636
Fecha de Nacimiento:	19/05 /1984
Dirección:	KR 83 No. 13-50 Vergel-Kennedy
Teléfono. Fijo – Celular:	3185470993
E-mail:	juanchotuhseg@gmail.com
EPS:	Salud Total
AFP:	Colpensiones

Firma Contratista:

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	80176636
Nombre:	JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES
Fecha Inicio contrato:	10/06/2026
Fecha Fin contrato:	30/09/2026
Fecha Inicio cobertura:	10/06/2026
Número contrato:	15362
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 1
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	09/06/2026 01:43:06 p. m.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 01 de Junio de 2026

Señores:

FUBNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

MEDICO GENERAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

N° Documento 80176636

Tarjeta Profesional N° 80176636

Dirección de contacto KR 83 No. 13-50 Vergel-Kennedy

Teléfono : 3185470993

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA**		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Yo, ANGIE CAMILA GARCIA GARCIA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.000.454.210, expedida en BOGOTA, en mi condición de funcionario de la ESE Región de Salud Soacha, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hallese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la ESE Región de Salud Soacha y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el servidor público, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la ESE Región de Salud Soacha. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del servidor Público. Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión de la ejecución de mis funciones y a no divulgar a terceras personas sin autorización del jefe y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizaré la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la ESE Región de Salud Soacha. **Parágrafo Primero.** Como empleado responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha. Evite copias de este documento.

Utilización de la información**:** Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha me obligo a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) cambiar la contrasena inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso que se les entregué información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informare al Adminsitrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:**

Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del nombramiento, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del nombramiento.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES PLIC	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÒN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA**		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Para constancia se firma en Soacha, a los 01 días, del mes de Junio del año 2026



Firma y huella

318-5470993

Celular No.

Juanchotahseo@gmail.com

Correo institucional

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 01 de Junio de 2026.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Juan Pablo Valenzuela con C.C. 80.176.636 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

JUAN PABLO VALENZUELA
C.C.80.176.636

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

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 CAUSA PRIMA	65-03-101057953	6

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES			CC	80.176.636
DIRECCION	AC 28 NRO. 19 - 55	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3185470993
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)
19 / 05 / 2026	30 / 06 / 2025	30 / 06 / 2026	16 / 05 / 2026	30 / 06 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO	
			COMPAÑIA	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA OCUPACIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 400,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 400,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 80,000,000.00

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 - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********108.324.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 2 M		IVA:	$ ***********20,581.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********128,905.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CODIGO 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 45-43 OFICINA 1006, TELÉFONO 3685000 - MEDELLIN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1101262136679(3900)000000128905(96)20260630

REFERENCIA PAGO:

1101262136679-5

65-03-101057953

FIRMA AUTORIZADA

CAROLINAMORENO

CLIENTE

TOMADOR

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Juan Pablo

Apellidos: Valenzuela

Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte PEP otro cual:

No. 80176636

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 05 Año 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	18-02-21	Pfizer	ENIH4 300622	UH Simon Bolivar	Karen Ramirez	1019054619
	2	11-03-21	Pfizer	EN1165	UH Simon Bolivar	Nallary Varela	1012363075
		03 DIC 2021	Moderna	9408 75	HOSPITAL PARIA ADMINISTRATIVA VACUNACION SEGURA Nuestra Energía a tu Servicio	Karen Johanna Molina C.C. 1.001.176.155 Aux. Enfermería	

Vacuna	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
	1ª dosis		30 ABU 2004	
	2ª dosis		11 OCT 2004	
	3ª dosis		24 NOV 2004	
	Refuerzo	A11C52AD		
Hepatitis A	1ª dosis			
	2ª dosis			
Triple Viral	1ª dosis		24 NOV 2004	
Varicela	1ª dosis			
T. Tetánico Diftérico	1ª dosis	E5225		
	2ª dosis	E5225		
	3ª dosis	E5259		
	Refuerzo			
F. Tifoidea				
Otros				

Refuerzo cada refuerzo anual

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Parotiditis Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	20 años		1104FC04AZ 11/13	
Contra Influenza				
Virus del Papiloma Humano				

VACUNACION
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL PUBLICO
SECRETARIA

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

32000223

Nombre	VALENZUELA FUENTES JUAN PABLO		
Identificación	CC 80176636	Tel.	1
Edad	[illegible]	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	CL000605---8630--8665-		

Fecha de recepción:	20-mar-2021 1:42 am
Fecha de impresión:	[illegible]
Empresa	CENDIATRA - SEDE NORTE
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	21-mar-2021 11:37:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

Metodo: Quimioluminiscencia

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

Johanna León Galarza

JOHANNA LEON GALARZA
CC 1.026.273.916
BACTERIOLOGO

SANDRA MARCELA GARCES SUAREZ
C.C. 51969269
BACTERIOLOGA



SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL COLOMBIANA IPS SOINCO

NIT. 900.435.736-4
Licencia Salud Ocupacional
Resolución 28437 de 14/10/2025
Salud Ocupacional Integral Colombiana S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CERTIFICADO No.	147474	**Bogotá, D.C.**	2026-05-19 10:38:17
EMPRESA CONTRATANTE:	PARTICULAR	**CARGO:**	MEDICO
	PARTICULAR		
NOMBRE:	JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES	**DOCUMENTO No.**	CC 80176636

SE REALIZA EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMENES	CONCEPTO	OBSERVACIONES
EXAMEN OPTOMETRIA	CONCEPTO	NORMAL	VISION AL COLOR NORMAL

EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	EXAMEN OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	Sin Restriccion para la Labor o el cargo
OBSERVACIONES	-
RECOMENDACIONES	-USO DE EPP -REALIZAR DEPORTES 3 VECES POR SEMANA -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS -DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y ENSALADA -REALIZAR CAMBIOS POSTURALES CADA 3 HORAS -VALORACION ANUAL POR EPS
RESTRICCIONES	-

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES) OCUPACIONALES

USO DE EPP	HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS	DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS

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

Dr. Julio Cesar Ortiz Bueno
E.S.O. - Res. 14683 - 12/12/2016
R.M. 68-[illegible]

JULIO CESAR ORTIZ
91270727 RM: RES-SO14683-12-12-2016
Firma y sello del Médico Evaluador

JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES
CC 80176636
Firma del trabajador Evaluado

Este certificado esta soportado con la Historia Clinica que reposa en los archivos de la IPS Soinco S.A.S, verificar la AUTENTICIDAD de este documento en los siguientes números PBX 746 44 46

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 032

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiún (21) días del mes de junio de 2013, en el Auditorio Guillermo Fergusson, del Hospital de San José de conformidad con el Acuerdo No. 2700 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 364 del once (11) de junio de 2013, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Médico y Cirujano

a

Juan Pablo Valenzuela Fuentes

Identificado con cédula de ciudadanía No. 80.176.636 de Bogotá como consta en el acta 032 folio 052 y 053.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Medicina y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores: Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Gonzalo López Escobar, Decano, Oscar Eduardo Mendoza Ramírez, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los veintiún (21) días del mes junio del año dos mil trece (2013).

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES. No.5116

04310

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 10917 del 1º de Diciembre de 1976 de Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Juan Pablo Valenzuela Fuentes

C.C. 80.176.636 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Médico y Cirujano

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 21 de Junio de 2013

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de Registro 0888 Número de Folio 034 a 035
Bogotá, D.C. Junio 21 de 2013

04369

Como Notario Dieciocho del de Bogo á hago constar q FOTOCOPIA coincide original que he tenido a

15 MAYO 2018

NOTARIA DIECIOCHO DEL CIRCULO DE BOGOTA

GOBERNACION DE CASANARE
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

14 AGO

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES



C.C o C.E 80176636

Profesión u Ocupación
MEDICO Y CIRUJANO
Especialidad

F.U.C.S.
Ciudad BOGOTA D.C.
Fecha de expedición diploma 21/06/2013
Fecha de inscripción RETHUS 17/11/2015

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-06-02--12:47:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	80176636	JUAN	PABLO	VALENZUELA	FUENTES	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES identificado(a) con CC 80176636 registra La siguiente información:

2026-06-02--12:47:16 PM

Información Académica

UNV	Local	MEDICINA	2015-10-13	0	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	

Datos SSO

Presto SSO	Local	COLOMBIA|CASANARE|MANÍ	2013-06-25	2014-05-24	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE	La
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CASANARE|MANÍ	2013-06-25	2014-06-24	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

EDUCLIC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 80176536

Asistió al Curso Básico de :

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS -AQS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 23/10/2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD

EDUCLIC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 80176636

Asistió al Curso Básico de :

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL -AVS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 23/10/2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

CV-6214-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

JUAN PABLO VALENZUELA

C.C. 80.176.636

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso - taller **MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO CON DENGUE** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 01 DE JUNIO DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
El conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740-3222354745-3026054151
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA JUNIO 2028

CV-6220-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

JUAN PABLO VALENZUELA

C.C. 80.176.636

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso - taller **ATENCIÓN DE LA FIEBRE AMARILLA** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 31 DE MAYO DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ÁNGELES DE LA SALUD S.A.S.
El conocimiento que nos u

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740-3222354745-3026054151
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA MAYO 2028

BASIC LIFE SUPPORT

BLS Provider

American Heart Association.

Juan Pablo Valenzuela

has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association Basic Life Support (CPR and AED) Program.

Issue Date

22 Mar 2025

Training Center Name

Fundacion Salamandra

Training Center ID

ZL20010

Training Center City, Region

Cali, Valle del Cauca, Colombia

Training Site Name

Renew By

Mar 2027

Instructor Name

Jhon Caceres Caucali

Instructor ID

07150346503

eCard Code

255609243049

QR Code

To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to https://ecards.heart.org/international.

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2800 11/20

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

ACLS Provider

American Heart Association.

Juan Pablo Valenzuela

has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.

Issue Date

22 Mar 2025

Renew By

Mar 2027

Training Center Name

Fundacion Salamandra

Instructor Name

JESUS TOBAR ERASO

Training Center ID

ZL20010

Instructor ID

11102115188

eCard Code

255629341029

Training Center City, Region

Cali, Valle del Cauca, Colombia

QR Code

Training Site Name

To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to https://ecards.heart.org/international.

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2817 11/20

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

NIT: 901560863

CERTIFICA QUE

JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES

IDENTIFICADO(A) CON **C.C. 80176636**

Asistió al Curso Básico de :

CUIDADO Y DETECCION DEL DONANTE -CD-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 23/10/2024 . LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

CV-6245-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

JUAN PABLO VALENZUELA

C.C. 80.176.636

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso - taller en **POINT OF CARE TESTING (POCT)** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 02 DE JUNIO DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ÁNGELES DE LA SALUD S.A.S
El conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740-3222354745-3026054151
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA JUNIO 2028

CERTIFICACION DE TIEMPO DE PRESTACION DE SERVICIO JUR.2016-133

LA OFICINA JURIDICA DEL HOSPITAL DE YOPAL ESE

CERTIFICA:

Que, el Señor(a), JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES identificado(a) con cédula de ciudadanía **No 80.176.636, estuvo vinculado** con la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE YOPAL,** mediante contrato de prestación de servicios en el siguiente orden:

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL DE YOPAL E.S.E.

[redacted]	FECHA DE INICIO	VALOR	TIEMPO
[redacted]	22 DE SEPTIEMBRE DE 2015	$ 14.373.279	TRES (03) MESES Y NUEVE (09) DIAS
6322	01 DE ENERO DE 2016	$ 14.733.900	03 MESES

Dada en Yopal, el día jueves, 07 de abril de 2016 , a solicitud de INTERESADO.

DAYANA MARIN REINA
ASESORA JURIDICA

Elaboro y Proyecto: Nicole Palacios
GESTION DOCUMENTAL
Cargo: CONTRATISTA
Firma: [redacted]
Serie y Subserie: ATH-24.

O.C.674-2016

LA OFICINA DE CONTRATACION DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

C E R T I F I C A

Que el Profesional, **JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES,** identificado con cédula de ciudadanía No. **80.176.636,** ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, en el cargo de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, desde el día 01 de Agosto de 2016, la relación contractual se encuentra vigente a la fecha, con una asignación mensual de: **$ 4.785.500,00**

Los contratos aludidos fueron ejecutados con total autonomía e independencia por el contratista

Se expide a solicitud del interesado, en Soacha a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016.

CARLOS MARIO [illegible] GIRALDO
Coordinador de contratación
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yangas

Proyecto: Leticia Vanegas García

Medicall

NIT. 900682543 -8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S

CERTIFICA:

Que **VALENZUELA FUENTES JUAN PABLO,** identificado (a) con cedula de ciudadanía número 80.176.636 , expedida en la ciudad de , labora en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a **Termino Indefinido** desde el **1 de agosto de 2017** desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL DE REFUERZO** con una remuneración mensual que se encuentra distribuida en los siguientes términos:

1.Un salario básico equivalente a la suma de :**Dos millones cuatrocientos cincuenta y tres mil trescientos treinta y siete pesos mcte ($2.453.337,00) .**

2.A titulo de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: **Trescientos noventa y nueve mil trescientos ochenta y un pesos mcte ($399.381,00) .**

3.A titulo de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: **Cero de pesos mcte ($0,00) .**

La presente se expide en Bogota D.C a los **05 días del mes de octubre de 2017** a la solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL MEDICALL TH

Carrera 67 No. 4G-78 Tel. 7425770 - 4200784 - 2621705
Bogotá, D.C

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales ROSA. PABLO VI. KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES; con documento de identidad No. 80176636 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Empresa
1	2021	70-2021	MEDICO GENERAL	12/01/2021	15/03/2021	$6032724	SUBRED
2	2023	5423-2023	MEDICO GENERAL	02/06/2023	31/01/2024	$7195410	SUBRED
3	2024	4420-2024	MEDICO GENERAL	01/02/2024	15/08/2024	$7195410	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO GENERAL

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veinticinco(25) días del mes de Septiembre de 2024, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

Copia Certificación Subred Suroccidente

Powered by CamScanner

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital y Artículo 5 del Acuerdo se derogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se evidencia que, el (a) señor (a) **JUAN PABLO VALENZUELA FUENTES** identificado(a) con **CC** número **80176636** ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión relacionados a continuación:

AÑO	NUMERO DE CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO	VALORES HONORARIOS
2026	2860-2026	01/02/2026	VIGENTE	Médico urgencias y hospitalización	$ 7.607.958
2025	3466-2025	27/02/2025	31/01/2026	Prestar servicios como PROFESIONAL MEDICO DE URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las...	$ 7.386.618

ACTIVIDADES - Contrato 2860-2026 (AÑO 2026)

1. 1 cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución. 2. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados. 3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. 4. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento. 5. Adherirse a las Politicas, guias de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales. 6. Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad. 7. Realizar la notificacion obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demas eventos de interes en salud publica. 8. Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan. 9.Alimentar permanentemente los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al dia. 10. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificacion correspondiente. 11. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guias, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, induccion y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE. 12. Todas las demas

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN CONTRACTUAL** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-28 VERSIÓN: 5 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 19/11/2024

VERIFICACIÓN DE AUTENTICIDAD

Código de Certificado:
8F7D4479
Verifique este certificado en:
aplicativos.subrednorte.gov.co/certificados

ANA TATIANA QUINTANA TORRES
DIRECTORA DE CONTRATACION
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.