



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

30/04/2026

OK

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 REGIÓN DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

ITEM	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 Títulos)	/			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	/			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
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 visimetría* 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 y 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					

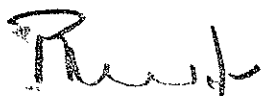
 REGION DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

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 vital 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 tránsito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * 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 , visimetría 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, 11 de enero de 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Respetado Doctor Diego Alejandro García, 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,



EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

CC: 80208004

Dirección: CRA 13 ESTE 25 20

Email: evelasquez.esglobsas@gmail.com

Teléfono / Celular: 3175265466

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

Edwin Velázquez Castaño

*Carrera 12e # 25ª -52
Cel. 3175265466
3138027867
Bogotá – Colombia
evelasquez.esglobsas@gmail.com*



INFORMACIÓN PERSONAL

<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Septiembre 24 de 1982</i>
<i>Lugar de Nacimiento</i>	<i>Bogotá D.C</i>
<i>Estado Civil</i>	<i>casado</i>
<i>Cédula de Ciudadanía</i>	<i>No 80.208.004</i>
<i>Libreta Militar 1 Clase</i>	<i>No.80208004</i>

PERFIL

Aplico los conocimientos adquiridos en mi capacitación profesional en el campo de la Enfermería, en busca del bienestar de los pacientes, brindando un servicio humano ético y de gran calidad. Me intereso en optimizar los recursos disponibles para la ejecución de mis actividades profesionales y garantizar así un servicio eficaz y de calidad. Deseo lograr un equilibrio entre el éxito profesional y mi desarrollo personal y familiar

FORMACIÓN ACADÉMICA

*Secundaria
Bogotá 2000*

Colegio Británico

Superiores

*Fundación de socorristas Fusdesa
Programa Técnico Aux de
Enfermería 2012*

CURSOS - SEMINARIOS

- curso Evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN) 2025*
- Soporte vital básico (BLS) 2024 Defensa civil Colombiana 40 horas*
- Sistema Comando de Incidentes Defensa Civil Colombiana 2024*
- Brigadista Bombero Forestal Defensa Civil Colombiana 2024*
- Curso básico defensa civil actualización 2024*
- CURSO ORIENTACIÓN A DIGNATARIOS DCC 2024*
- Curso para Instructores con énfasis Curso Básico Defensa Civil Colombiana 2024*
- Curso control social 2024*
- Curso Toma de Muestras y Clínica De Heridas 2024*
- Curso Seguridad y salud en el trabajo*
- Atención integral a víctimas de violencia sexual 40 horas Prevention octubre 2023*
- Atención a víctimas de ataques con agentes químicos 40 horas octubre 2023*

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Jeison Casallas
Ocupación	Aux Enfermería
Teléfono	3208100363

Nombre	Luz Dary Parejo Ramírez
Ocupación	Enfermera Jefe
Teléfono	3138027867

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

EXPERIENCIA LABORAL

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

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA EBS

DEPENDENCIA: HOSPITAL MARIO GAITAN Y ANGÜAS

FECHA DE INGRESO: FEBRERO 11 DE 2026

FECHA DE FINALIZACION: 11 DE MAYO DE 2026

**FEJE INMEDIATO: CAROLINA ZAPATA VELA LIDER DE
EQUIPOS BASICOS HMGY TEL : 3004102386**

PERSOM S.A.S.

TELEFONO: (601) 9156059 dirección: Carrera 27C # 70 – 12

CARGO: BRIGADISTA

DEPENDENCIA: CORFERIAS

FECHA DE INGRESO: MARZO 2025

FECHA FINALIZACION: DICIEMBRE 2025

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

DEFENSA CIVIL COLOMBIANA

DIRECCION: Cra. 56b #70 70c 16, Bogotá

CARGO: Presidente junta de defensa civil barrió la estancia de ciudad Bolívar

FECHA DE INGRESO Julio 2012

UNIVERSIDAD LIBRE SEDE EL BOSQUE/CENTENARIO

Correo electrónico entidad: hector.avila@unilibre.edu.co

Teléfonos: Tel. 3205644355-3212231523

Cargo o contrato: JUEZ/APLICADOR, PARA LA PRUEBA DE EJECUCIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN NO. 004 DE 2023 - CUERPOS OFICIALES DE BOMBEROS, EN EL MARCO DEL CONTRATO 473 DE 2023 SUSCRITO ENTRE LA UNIVERSIDAD LIBRE Y LA CNSC.

Dependencia: UNIVERSIDAD LIBRE Y LA CNSC.

FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 11 AÑO 2024

PROCESOS 360° GESTIÓN INTEGRAL S.A.S

Correo electrónico entidad: www.procesos360gradosgi.com

Teléfonos: 7506053

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dependencia: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 07 AÑO 2024

TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO EN SALUD (TRECSALUD)

Correo electrónico entidad: trecsaludsas@trecsaludsas.com

Teléfonos: 3166806535-3502157213

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA -TRIPULANTE DE AMBULANCIA. DEPENDENCIA TRASPORTE ASISTENCIAL BASICO

FECHA DE INGRESO DIA 09 MES 9 AÑO 2022

FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 3 AÑO 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Correo electrónico entidad: www.subredcentrooriente.gov.co

Teléfonos: 3444484

Cargo o contrato AUXILIAR DE ENFERMERIA.

DEPENDENCIA: SALUD PUBLICA **CONTRATO:** 38872022

FECHA DE INGRESO DIA 09 MES 2 AÑO 2022

FECHA DE RETIRO DIA 08 MES 9 AÑO 2022

AYUDA MÉDICA TERRITORIAL (AYMEDT)

Correo electrónico entidad: aymedtambulancias@hotmail.com

Teléfonos: 3132072421

Cargo o contrato AUXILIAR DE ENFERMERIA SST-TRIPULANTE DE AMBULANCIA. **DEPENDENCIA** SST VIDRIO ANDINO

FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 6 AÑO 2021

FECHA DE RETIRO DIA 24 MES 12 AÑO 2021

TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO ENSALUD (TRECSALUD)

Correo electrónico entidad: trecsaludsas@trecsaludsas.com

Teléfonos: 3166806535-3502157213

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA SST-TRIPULANTE DE AMBULANCIA. **DEPENDENCIA** SST VIDRIO ANDINO

FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 5 AÑO 2021

FECHA DE RETIRO DIA 11 MES 6 AÑO 2021

PROCESOS 360° GESTIÓN INTEGRAL S.A.S

Correo electrónico entidad: www.procesos360gradosgi.com

Teléfonos: 7506053

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dependencia: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 10 AÑO 2020

FECHA DE RETIRO DIA 8 MES 11 AÑO 2021

1

2

3

4

FUNDACIÓN CONSTRUYENDO FUTURO ONG

Correo electrónico entidad: construyendofuturoong@gmail.com

TELÉFONOS 2037243

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dependencia: INTEGRACIÓN SOCIAL

FECHA DE INGRESO DIA 5 MES 6 AÑO 2020

FECHA DE RETIRO DIA 5 MES 8 AÑO 2020

ASISTENCIA VITAL INTEGRAL

Correo electrónico entidad: asistenciavitalintegral@gmail.com

Teléfonos: 3007504265

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA SST

Dependencia: SST VIDRIO ANDINO

FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 11 AÑO 2018

FECHA DE RETIRO DIA 25 MES 5 AÑO 2020

VITAL LIFE SAS

Correo electrónico entidad: vitallife@telmex.net.co

Teléfonos: 2719646

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA / CONDUCTOR

Dependencia atención: PREHOSPITALARIA

FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 2 AÑO 2016

FECHA DE RETIRO DIA 3 MES 5 AÑO 2016

ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS

Correo electrónico entidad: contactenos@esimed.com.co

Teléfonos: 7957155

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dependencia: URGENCIAS

FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 1 AÑO 2015

FECHA DE RETIRO DIA 8 MES 8 AÑO 2018

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

FAMICARE CLINICA DIA LTDA

Correo electrónico entidad: www.famicareclinicadia.com

Teléfonos: 2360288

Cargo o contrato: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dependencia: CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA

FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 1 AÑO 2014

FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 12 AÑO 2014

Edwin Velásquez Castaño

Aux de Enfermería

C. C: 80.208.004

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.208.004
VELASQUEZ CASTAÑO

APELLIDO
EDWIN







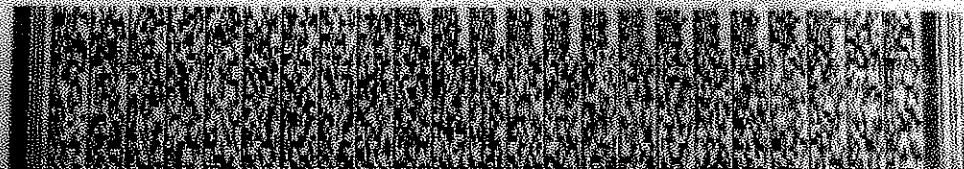
FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS MIGUEL VÁZQUEZ TORRES



A-1500150-00157132-M-0080205004-20050521 0011644081A 1 1300019446

—

—

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80208004, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: EDWIN
Segundo Nombre:
Primer Apellido: VELASQUEZ
Segundo Apellido: CASTAÑO
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 80208004
Clase Libreta Militar: Primera Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 11 días del mes de Mayo de 2026, a las 11:32:00 AM.

Cordialmente,

CR. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



80001



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104ª-64 (801) 4261420 Bogotá D.C- Colombia



1

2

3

4



Bogotá DC, 09 de mayo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80208004:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

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



)

)

)

)

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

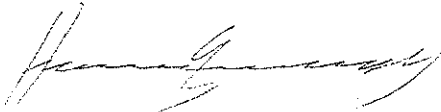
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 09 de mayo de 2026, a las 09:49:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80208004
Código de Verificación	80208004260509094913

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:51:40 AM horas del 09/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 80208004

Apellidos y Nombres: **VELASQUEZ CASTAÑO EDWIN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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

1

2

3

4



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/05/2026 09:54:33 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **80208004** y Nombre: **EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **139863091**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 58 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112





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 80208004 **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 09/05/2026 09:59 AM



Código Verificación: 7LEYT9HG8D

Válida hasta: 07/08/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:04:19 horas del 09/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80208004**, Apellidos y Nombres **VELASQUEZ CASTAÑO EDWIN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE REGION DE SALUD SOACHA**, con NIT **800006850-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



Buscar...	Mis procesos	Mis RF	Ir a
-----------	--------------	--------	------

Buscar...

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES
RECIENTESNo se han
encontradoÚLTIMAS
OFERTASNo se han
encontrado

Sugerencias SECOP



Colombia
Compra Eficiente

Mantenimiento en SECOP II

Desde
Viernes 17 de abril a las 00:01 a. m.

Hasta
Viernes 17 de abril a las 07:30 a. m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible. Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

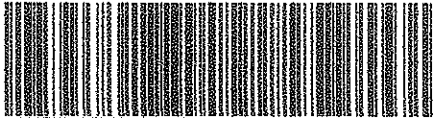
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
[Más información.](#)

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
[Más información.](#)

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio		4. Número de formulario 141077544394			
		 (415)7707212489984(8020) 0000141077544394			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 2 0 8 0 0 4		6. DV 5	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 8 0 2 0 8 0 0 4	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido VELASQUEZ		32. Segundo apellido CASTAÑO		33. Primer nombre EDWIN	
34. Otros nombres					
5. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4	
41. Dirección principal CR 12 ESTE 25 A 52 BRR PANORAMA					
42. Correo electrónico evelasquez.esglobals@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 7 5 2 6 5 4 6 6			
45. Teléfono 2					
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
8 6 9 1	2 0 1 1 0 5 1 8	8 6 9 9	2 0 1 1 0 5 1 8	8 5 5 1	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 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					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
25- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de folios: 0					
61. Fecha 2024-07-28 / 04:31:01AM					
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA					
985. Cargo					

 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:	2026-05-11	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	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
VELASQUEZ		CASTAÑO		EDWIN					
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		
C.C. ☒			80268004		BOGOTA DC		2000-11-20		
PASAPORTE ☐			OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐				
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
1982-09-24		BOGOTA DC		COLOMBIA		COLOMBIANO			
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐				2		1		3175255466	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNICOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:								CONTRATISTA	

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
KR 13 ESTE #25-20		SOACHA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA		3175255466	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA					
velasquez.esnlobas@gmail.com		N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒					
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
PAREJO		RAMIREZ		LUZ		DARY		
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒			44157877		SOLEDAD ATLANTICO		2002-03-04	
PASAPORTE ☐			OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐			

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐		CUAL:	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐		AUXILIAR DE ENFERMERIA	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA: ☐					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONOMICA			
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8699 8691			
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		ESE Region de Salud Soacha					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒				# NIT	
								800006850-3	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENT ☐ MEDICAMENT ☐									
OTRA ☐ CUAL:									

 REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	Ciudad/Municipio	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9 - 97		7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		NOMBRE DEL CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION	MES Y AÑO RADICACION CARPETA
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 1.100.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS	\$ 3.000.000	ARRENDOS	\$ 600.000	INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 10.000	OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.800.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A		N/A		N/A	N/A
6. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Honorio Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TORRES	ORTIZ		FRANKLIN	ALEXANDER	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
KR 11 # 14A- 73 TORRE 4 AOTO 203	RICAUTE CUNDINAMARCA		AMIGO	3153613040	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS		498406605826	SOACHA	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
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:					CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
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 aquí 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 entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
NOMBRE DEL CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complementa o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complementa o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a 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 público 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) días, 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 Declaración 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 INFORMACION 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 estándares 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 artículo 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 requeriría 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 tratan 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, enténdase 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 Prestadas 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 celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a 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) Envío 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 y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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 jurídica 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

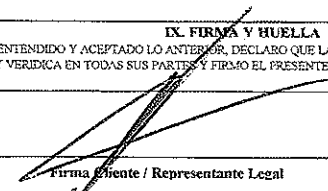
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 previstos 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 jurídica 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.AUTORIZACION: 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.

IX. FIRMA Y HUELLA
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 Índice Derecho

BOGOTÁ, Mayo 9 de 2026

Señor:

VELASQUEZ CASTAÑO EDWIN

CC. 80208004CR 12 ESTE 25 A 52 - 8404

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 Diciembre 5 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
PAREJO RAMIREZ LUZ DARY	44157877	C	Dic-29-2011	633	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PAREJO RAMIREZ LUZ DARY	8318939	R	Feb-1-2000	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-1-2000	Usuario Duplicado	Ninguna
VELASQUEZ CARO JONNIERT ALEJANDRO	1025543091	T	Jul-22-2019	261	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	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
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
SANDRA MILENA HENAO ALVAREZ	80208004	Dependiente	CERRADO
TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO EN SALUD SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO EN SALUD SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
VITAL LIFE SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
A Y L CONSULTORIAS SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
AMERICAS BUSINESS PROCESS SERVICES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
ASISTENCIA VITAL INTEGRAL SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
AYUDA MEDICA TERRITORIAL EN AMBULANCIAS AYMEDT AMB	80208004	Dependiente	CERRADO
AYUDA MEDICA TERRITORIAL EN AMBULANCIAS AYMEDT AMB	80208004	Dependiente	VIGENTE
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO	80208004	Independiente	CERRADO
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO	80208004	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO	80208004	Independiente con aporte voluntario a salud	VIGENTE
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO	80208004	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO	80208004	Mecanismo de protección al cesante	CERRADO
FAMI CARE CLINICA DIA LTDA	80208004	Dependiente	CERRADO
GRUPOASOFTS SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
MEDIC HOME SAS	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO
PERSOM TEMPORALES S A	80208004	Dependiente	CERRADO

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELASQUEZ CASTAÑO EDWIN** identificado(a) con CC número **80.208.004** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2010 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de mayo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Velasquez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Castaño		NOMBRES Edwin	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80208004		GÉNERO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐ PAÍS	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO 80208004		D.M. 52	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 24 MES 09 AÑO 1982 PAÍS DEPTO MUNICIPIO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 13 ESTE 25 20 torre 13 apto 503 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 3175265466 EMAIL evelasquez.esglobsas@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA Y ATENCION HOSPITALARIA BASICA	07	2012	80208004

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

1

2

3

4

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD DEFENSA CIVIL COLOMBIANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 0013199000			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	09	Mes	09	Año	2012	Día				
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRESIDENTE VOLUNTARIO			DEPENDENCIA AREA DE VOLUNTARIADO DIRECCON GENERAL					DIRECCIÓN CARRERA 56B 70C 16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD PERSONAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 60191560			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	03	Año	2025	Día	20			
CARGO O CONTRATO ACTUAL BRIGADISTA			DEPENDENCIA BRIGADA					DIRECCIÓN CARRERA 27C 70 12					

5

6

7

8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PROCESOS 360 GESTION INTEGRAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7506053			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	28	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO MEDICINA LABORAL			DEPENDENCIA AREA DE CAPACITACION					DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 80 76 51 OFICINA 406						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3205644355			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	13	Mes	11	Año	2024	Día	26	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ICADORA DE PRUEBAS			DEPENDENCIA COMISION NACIONAL DE SERVICIO					DIRECCIÓN CALLE 37 7 43 SEDE CENTENARIO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD OTRO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3502157213			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	09	Año	2022	Día	20	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR TRIPULANTE DE AMBULAN			DEPENDENCIA AMBULANCIA TERRESTRE					DIRECCIÓN CARRERA 49A SUR 91D 30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD 3RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3444484			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	02	Año	2022	Día	08	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN DIAGONAL 34 5 43						

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						

1

2

3

4

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 11-05-2026

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

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2025 - 31/12/2025

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Edwin Velasquez Castaño

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 80208004

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 13 ESTE 25 20 torre 13 apto 503

TELÉFONO: 3175265466

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JONNIERTH ALEJANDRO VELASQUEZ CARO	1025543091	HIJO(A)
DANIA LORENA VELASQUEZ CASTAÑO	1031123877	HERMANO(A)
RBAY ALFONSO VELASQUEZ MORALES	19063291	PADRE
CELMIRA CASTAÑO	41509586	MADRE
LILIANA VELASQUEZ CASTAÑO	52096817	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS 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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$14.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$14.000.000

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
CAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	488406605896	SOACHA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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
DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	miembro de la junta

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 X NO

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

1

2

3

4

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 FUNCIONARIO O CONTRATISTA

11-09-2026 Soacha
CIUDAD Y FECHA

DAFP-QAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

 REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	05/07/2022	

Soacha, 11 de mayo de 2026

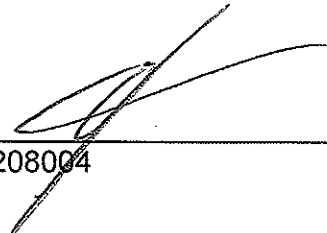
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO, identificado con cedula de ciudadanía No. 80208004 a, interesado en la oferta de prestación de servicios de Auxiliar de enfermería Equipos Básicos, 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 decisión:

Atentamente,


 C.C. 80208004

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

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.

)

)

)

)

 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, 11 de mayo 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 80208004 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.

Temiendo 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 prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

EDWIN VELASQUES CASTAÑO

C.C. No. 80208004 De Bogota

)

;

)

)

 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

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

N.º Documento: CC 80208004

Fecha de Nacimiento: 24/09/82

Dirección: CRA 13 ESTE 25 20

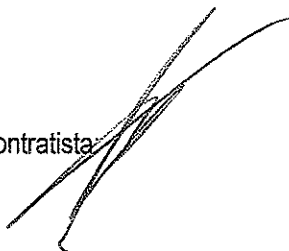
Teléfono. Fijo – Celular: 317526546

E-mail: evelasquez.esglobsas@gmail.com

EPS: SALUDTOTAL

AFP: PROTECCION

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.



40X

PRORROGA DE CONTRATO DE 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 INDEPENDIENTE

Tipo de documento: 1
Número de documento: 80208004
Nombre: EDWIN O VELASQUEZ CASTAÑO
Fecha Fin contrato: 31/08/2026
Número contrato: 14973
Fecha hora transacción: 28/05/2026 02:41:23 p. m.
Nueva Fecha Fin contrato: 30/09/2026

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

Soacha 11 de mayo de 2026

Señores:

ESCUELA DE SALUD FUSDESA

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO 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 Artículo 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:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente;

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

N° Documento CC 80208004

Dirección de contacto CRA 13 ESTE 25 20

Teléfono 3175265466

 REGION DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.

Yo EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 80208004, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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, hállese 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 **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **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 contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor 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 utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista 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

 REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

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:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** 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 relacionado) cambiar la contraseña 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 y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue 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) informaré al Administrador 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 DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

)

)

)

)

 REGION DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

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 DÉCIMA 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 DÉCIMA 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 DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

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

1

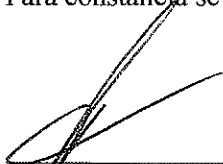
2

3

4

 REGION DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 días de mayo de 2026




Firma y huella

Celular No. 3175265466

Correo institucional evelasquez.esglobsas@gmail.com

 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, 11 de mayo de 2026.

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

Yo EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO, identificado con C.C. 80208004, 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: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

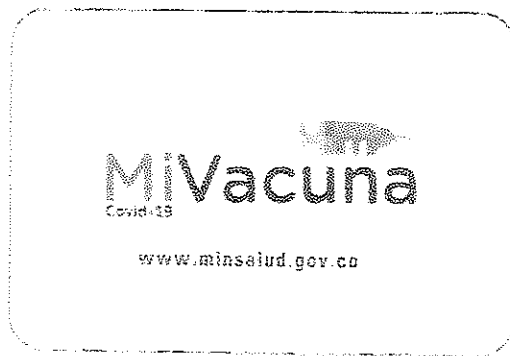
De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir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

Atentamente,



EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO
 C.C. 80208004

)
)
)
)
)
)



La salud es de todos

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombre: **Edwin Velasquez castano**

Documento de identidad: **80708004**

Fecha de nacimiento: **27-09-1992**

Indicador	Fecha	Lab. vac.	Lot	Ex. vac.	Indicador del estado	Indicador del vacunado
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187
12 FEB 2022	25/01/22	Sinovac	20210514P	Es S Municipal	Emmanuel Guzman	57448187

ANGIE MILENA AGUILO
CC. INTERVENCIÓN
TECNICO AUXILIAR
EN ENFERMERIA
RESOLUCION N. 1000

1

2

3

4

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80208004
Nombres y Apellidos	EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO		
Fecha de nacimiento:	24/09/1982		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	31/08/2011	Stamaril		UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Tercera dosis	14/04/2012	Engerix B Adultos		IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Influenza	Única	01/09/2018	Vaxigrip	R3B44	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA HERMOSA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	01/09/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA HERMOSA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80208004
Nombres y Apellidos	EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO		
Fecha de nacimiento:	24/09/1982		

Toxoide Tetánico Segunda dosis

Tercera dosis

Cuarta dosis

Quinta dosis

Refuerzo

Toxoide Tetánico Diftérico Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

Cuarta dosis

Quinta dosis

Refuerzo

Triple viral Primera dosis

Refuerzo

Primera dosis

Varicela Primera dosis

Segunda dosis

Varicela + Triple Viral Única

PH Bivalente Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

PH Tetravalente Primera dosis

Segunda dosis

Tercera dosis

14 MAY 2011 5-13-10-4368		VACUNACION	
FECHA VIDA:		FECHA VIDA:	
ORGAN:		ORGAN:	

COMPAÑIA DE
BIOTECNIA S.A.
 C.A. 429961. PROMOTORA EN SALUD

**CARNET DE
 VACUNACION**

Nombre:	<i>Isabel Chaves</i>
Dirección:	
Teléfono:	
H.C.	<i>19-07-19-19-19</i>
Emisor Vacunador:	

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN AL DÍA. PROTECCIÓN Y VIDA

TEL: 900 160 179-1

Código del Prestador: 1100117500

AUTORIZADO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



A 01280

NOMBRE:

Edwin Velasquez Castano

IDENTIFICACIÓN:

80208004

SEXO:

M

FECHA DE NACIMIENTO:

24/01/82

TEL:

3195265466

VIGILADO Supersalud

VACUNA	DOSE	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	R 13 ABR 2022	1205016104 05-12	IPS MUNDO SALUD
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARIOLA	1			
	2			

No Historia Clínica: 24076

FECHA: 2023-07-04

Nombre de la empresa TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO EN SALUD SAS		NIT 901.326.354-0
Código de identificación Ingreso		Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha 2023-07-04	Hora 13:00:00	

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Nombre y Apellidos EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO			
Tipo de documento CC	Número de identificación 80208004	Fecha de nacimiento 09/24/1982	Edad 40

2. EXAMENES EFECTUADOS

Examen médico ocupacional VISIONMETRIA OCUPACIONAL - AUDIOMETRIA OCUPACIONAL - MEDICINA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Otros complementarios NA

3. GENERAL

Concepto Médico INGRESO. Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral			
¿Presenta restricciones? NO		¿Cuál restricción? No aplica	
Se sugiere ingreso al P.V.E (Plan de vigilancia epidemiológica) SI		Auditivo NO	Visual SI
Psicosocial NO	Manejo de Voz NO	Respiratorio NO	Cardiovascular SI
Osteomuscular NO	Químico NO	Biológico NO	Radiaciones ionizantes NO
Otro ¿Cuál? 			
Remisión NO		Fundamentos de la remisión N/A	
Recomendaciones CONTROL Y SEGUIMIENTO Estricto por nutrición en EPS - DIETA HIPOCALORICA - CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS - SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL POR EPS - ACTUALIZACIÓN DE FORMULA OPTICA PERMANENTE - CONTROL VISUAL ANUAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA VERTEBRAL - USO DE EPP INDICADOS PARA EL CARGO - MEDIDAS DE PROTECCION PARA EVITAR COVID-19			
Nota El examinado certifica bajo gravedad de juramento que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud; que toda la información expresada en este documento es cierta y que ha sido informado de los resultados obtenidos en cada una de las valoraciones realizadas y las recomendaciones entregadas por cada profesional. ESTE CONCEPTO SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE A LA FECHA.			

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Final Apto

Firma y Sello del Médico

Juan Guillermo Rojas
Dr. Juan Guillermo Rojas C.
C.C.P. 1019089630
Especialista en Medicina Ocupacional
Médico de la Salud del P.V.E. 1212023

Nombre: Juan Guillermo Rojas Castañeda
Cédula No: 1019089630

Firma del Paciente

Edwin Velasquez

Nombre: EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO
Cédula No: 80208004

1

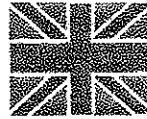
2

3

4

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
VALIDACIÓN DEL BACHILLERATO

**COLEGIO
BRITANICO**



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Inscripción S.E. 163
DANE 11542500010

Dirección Sede Kenedy

Jornada Nocturna

En la ciudad de Bogotá D.C., A los (29) días del mes de Noviembre de 2000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de un alumno de último Grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO BRITANICO

Autorizado por el Ministerio de educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 3585 de 1999

El alumno cursó Seis (6) niveles Semestrales correspondientes al Nivel de Bachiller.

Con una intensidad horaria de Lunes a Viernes de 7:00 P.M. A 9:30 P.M. Correspondiente a la
sede de Kennedy.

Comprobada la situación Legal y Académica del alumno que cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Bachillerato Académico, se procedió a otorgar el Título de BACHILLERATO ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación.

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO C.C. 80.208.004 de Bogotá

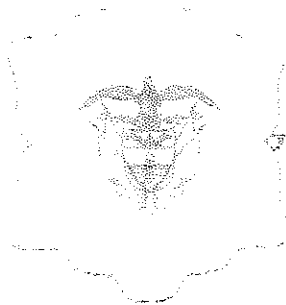
Es fiel copia tomada del Acta original general No. 06 de Fecha Noviembre 29 de 2000, que consta de (32) alumnos graduandos, que comienza con el nombre de YANITH ACEVEDO IBÁÑEZ y cierra con el nombre de HARVEY ZAPATA, firmada y sellada por RAUL RODRIGUEZ PERILLA (Rector) y FERNANDO MORALES GAITAN (Secretario).



RAUL RODRIGUEZ PERILLA
Rector
C.C. 6.749.184 de Tunja



FERNANDO MORALES GAITAN
Secretario
C.C. 1.148.156 de Medellín



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

A LA SEÑORITA

JOHANNA VICTORIA
JORDANA VICTORIA

Bogotá D.C.

JORDANA VICTORIA

CONFERENCIA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - MEN
RESOLUCIONES No. 1585 DE 1999 Y No. 2799 DE 2000

CONFIERE A

Edwin Helasquez Castañón

IDENTIFICACION C.C. No. 30.208.004, en Bogotá, D.C.

EL DÍA 28 DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA
VOCACIONAL, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES

RECTOR

SECRETARIO

BOGOTÁ D.C. 28 DE NOVIEMBRE DE 2001

COLOMBIA





LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

C.C. 80.208.004 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Lila Yaneth Cicua Ramírez
LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 14 Días del Mes de Julio de 2012
Anotado en el Folio 12044 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.

C

C

C

C



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 027

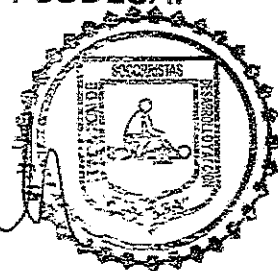
ACTA INDIVIDUAL N° 12044

En Bogotá D.C. a los 14 días del Mes de Julio del año 2012,
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO
Identificado(a) con Cedula De Ciudadanía N° 80.208.004 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 12044 Del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yaneth Cicua Ramírez
LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Salgado Gómez
NANCY SALGADO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9735 de 13/09/2012
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) VELASQUEZ CASTAÑO EDWIN Identificado(a) con CC número 80208004 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA", el día 14/07/2012.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VELASQUEZ CASTAÑO EDWIN identificado(a) con CC número 80208004 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 13/09/2012

Original
DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.
Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboró : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C.

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Edwin Velasquez
CC. # 80208004

Firma



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

80208004

Primer Nombre

edwin

Primer Apellido

velasquez

Confirme los números de la Imagen *

9 11 9

Cambiar

4036

Copiar

Resultado General -2026-05-09→11:47:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	80208004	EDWIN		VELASQUEZ	CASTAÑO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO identificado(a) con CC 80208004 registra La siguiente información:

2026-05-09→11:47:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012-09-13	9735	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

PREVENTION EMP
y Ps. FRANKLIN ALEXANDER TORRES ORTIZ
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

Certifica que:

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

CC. 1.023.007.694 de Bogotá

Participó en el Taller:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad de 40 horas

Realizado en Bogotá DC.

En constancia se expide conforme lo establecido en el decreto 4904 del M.E. N
y se firma en Bogotá D.C. el día 22 de marzo 2025.

Vigencia 2 años

TP. 79902306

PREVENTION EMP

Registro Cámara y Comercio: 01990292 del 11-05-10

Nit. 900356827-7

CALLE 41ª # 89-04 sur BOGOTÁ

WhatsApp: 3145701189-TELS: 3236878695

preventioempgerencia@gmail.com

ALEXANDER TORRES ORTIZ

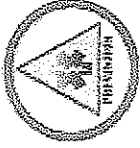
Ps. ESPECIALIZADO EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

1

2

3

4



PREVENTION EMP
y Ps. FRANKLIN ALEXANDER TORRES ORTIZ
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

Certifica que:

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

CC. 1.023.007.694 de Bogotá

Participó en el Taller:

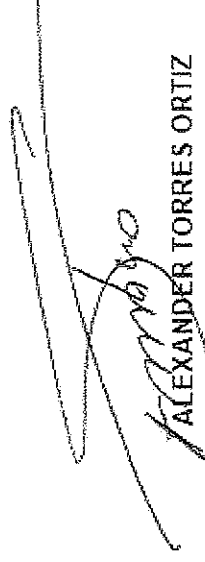
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de 40 horas

Realizado en Bogotá DC.

En constancia se expide conforme lo establecido en el decreto 4904 del M.E. N
y se firma en Bogotá D.C. el día 17 de marzo 2025.

Vigencia 2 años


ALEXANDER TORRES ORTIZ

P.S. ESPECIALIZADO EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

C

C

C

C



PREVENTION EMP
y Ps. FRANKLIN ALEXANDER TORRES ORTIZ
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

Certifica que:

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

CC. 1.023.007.694 de Bogotá

Participó en el Taller:

MANEJO DEL DENGUE Y FIEBRE AMARILLA

Con una intensidad de 20 horas

Realizado en Bogotá DC.

En constancia se expide conforme lo establecido en el decreto 4904 del M.E. N

y se firma en Bogotá D.C. el día 20 de octubre 2025.

Vigencia 2 años

TP. 79902306

PREVENTION EMP

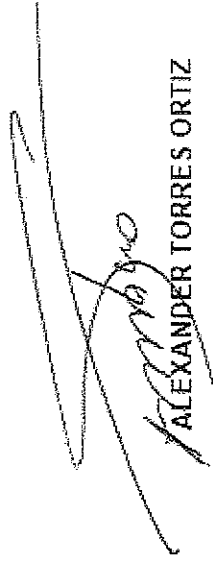
Registro Cámara y Comercio: 01990292 del 11-05-10

Nit. 900356827-7

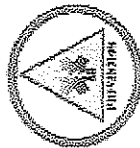
CALLE 41ª # 8g-04 sur BOGOTÁ

WhatsApp: 3145701189-TELS: 3236878695

preventioempgerencia@gmail.com


ALEXANDER TORRES ORTIZ

PS-ESPECIALIZADO EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR



PREVENTION EMP
y Ps. FRANKLIN ALEXANDER TORRES ORTIZ
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

Certifica que:

EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

CC. 1.023.007.694 de Bogotá

Participó en el Taller:

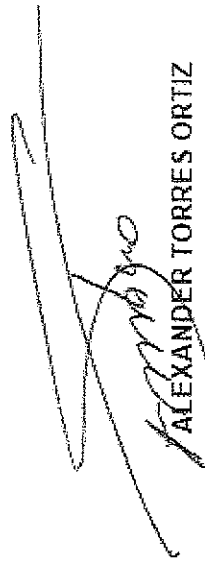
GESTIÓN DEL DUELO

Con una intensidad de 20 horas

Realizado en Bogotá DC.

*En constancia se expide conforme lo establecido en el decreto 4904 del M.E. N
y se firma en Bogotá D.C. el día 20 de diciembre 2025.*

Vigencia 2 años


ALEXANDER TORRES ORTIZ

PS-ESPECIALIZADO EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

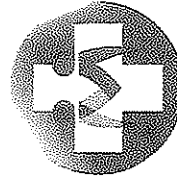
Edwin Velázquez Castaño

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

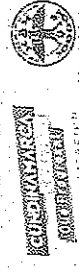
ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión: mayo 12, 2026

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA





Libertad y Orden

Defensa Civil Colombiana
Subdirección de Capacitación y Entrenamiento
Cundinamarca

Expede la constancia de asistencia a:
EDWIN VELAZQUEZ CASTAÑO

Identificado (a) con N° 80208004

Al:

CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO

Intensidad horaria de: 34 HORAS

Realizado en Cundinamarca

Del 20 de agosto de 2024 al 25 de agosto de 2024

Firmado Digitalmente por:
Co (r) Ildelfonso Gonzalez Solano
Director Cundinamarca

"La institución social y humanitaria más grande del país"

Esta constancia tiene validez hasta el: 25 de agosto de 2026

000001BOGSVB202421

1

2

3

4

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Aprobación oficial según resolución 09-100 del 14 de agosto de 2018 - NIT 800215743-1

OTORGA CERTIFICADO DE ASISTENCIA A:

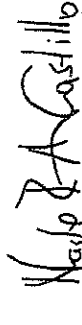
EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO

Número de documento:
CC 80208004

Teniendo en cuenta que participó cumplidamente en el curso:

Toma de Muestras y Clínica De Heridas | 40 Horas

Inicio del Curso: 16.09.2024
Fin del Curso: 25.09.2024
Expedición: 26.09.2024
Vencimiento: 26.09.2026
Número de Verificación: 06966379702322



DRA. NASLY ALCÁZAR
DIRECCIÓN MEDISED



Verificación de autenticidad: Ingrese al: certificados.keepup.com.co/les y digite el número de verificación o escanee el código QR

RCP-R-017 Versión 3

2

3

4

5



CERTIFICACIÓN

El Departamento de RECURSOS HUMANOS certifica que **EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **80.208.004**, laboro en nuestra compañía desde **MARZO 2025 HASTA DICIEMBRE 2025**, desempeñándose como **BRIGADISTA** con un salario básico mensual de (\$ 1.849.000) **UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS.**

Los cuales son cancelados de manera proporcional al número de días laborados por mes, más lo correspondiente a las prestaciones de ley.

OBSERVACIONES: Trabajo en misión para la empresa **CORPORACIÓN DE FERIAS Y EXPOSICIONES S.A. USUARIO OPERADOR DE ZONA FRANCA BENEFICIO E INTE**, tipo de contrato por **OBRA O LABOR CONTRATADA, LA DURACION DE LA LABOR ESTA SUJETA A LA DURACION DEL EVENTO.**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el 16 del mes de Enero del año 2026.

Atentamente,

MAGALY TIBADUIZA LOZANO
Jefe de Contratación y Servicio al Cliente

601 915 6059
Carrera 27c # 70 - 12
Bogotá - Colombia



/PersomSA



/PersomSA

(((((



CERTIFICACIÓN DE VINCULACIÓN DEL VOLUNTARIO

La Defensa Civil Colombiana informa que a la fecha 16/01/2026 a las 11:20:22 se consultó en el Sistema de Información Misional SIM con los siguientes resultados:

Número de documento	80208004
Nombres	EDWIN
Apellidos	VELAZQUEZ CASTAÑO
Seccional u Oficina de Defensa Civil	BOGOTÁ
Nombre de la Organización	BARRIO LA ESTANCIA DE CIUDAD BOLIVAR
Número de carnet	20121180208004
Fecha de ingreso a la institución	2012-09-09
Estado	Activo

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Direcciones Seccionales u Oficinas de Defensa Civil en la hoja de vida del voluntario.

Respecto al estado de vinculación reportado, hace referencia a la participación en las actividades de Defensa Civil o los diferentes procesos de la entidad.

Si la información que se encuentra registrada en esta certificación no corresponde al voluntario, comunicarse con la Dirección Seccional u Oficina de Defensa Civil.

Esta consulta está sujeta a los procedimientos internos que cada Dirección Seccional u Oficina de Defensa Civil adelantan, bien sea disciplinarios o por proceso de desvinculación de acuerdo a lo contemplado en el reglamento del voluntario y organizaciones de defensa civil.

Esta consulta es válida por el término de 30 días calendario a partir de su fecha de expedición.

NÉSTOR VICENTE CORTÉS FERNÁNDEZ
Subdirector Operativo

2. 2. 2. 2. 2.



UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946 de Mingobierno
Nit.: 860.013.798-5



Bogotá D.C., 23 de diciembre de 2024

CNSC-CP-0529-2024

CERTIFICADO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Por medio de la presente me permito informar que **EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° **80.208.004**, prestó sus servicios profesionales para la Universidad Libre durante la ejecución del contrato suscrito con la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC, Así:

Objeto del Servicio: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO JUEZ/APLICADOR, PARA LA PRUEBA DE EJECUCIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN NO. 004 DE 2023 - CUERPOS OFICIALES DE BOMBEROS, EN EL MARCO DEL CONTRATO 473 DE 2023 SUSCRITO ENTRE LA UNIVERSIDAD LIBRE Y LA CNSC..

Fecha de inicio: 13 de noviembre de 2024

Fecha de finalización: 26 de noviembre de 2024

Nota: El pago del servicio profesional se realizó de acuerdo con la cantidad de días de servicios ejecutados.

Las obligaciones desarrolladas se describen a continuación:

1- Realizar las actividades que se le requieran en desarrollo del proceso de selección, adelantado en el marco del contrato de prestación de servicio suscrito entre la UNIVERSIDAD y la CNSC, de manera especial, las siguientes: A. Presentarse puntualmente a las jornadas de aplicación de pruebas de ejecución informadas con anterioridad. B. Asistir puntualmente a las sesiones de capacitación presenciales y virtuales que garantizan el adecuado desarrollo de la actividad de calificación a aspirantes a los cargos públicos que requieren de prueba de ejecución, convocadas por la Coordinación de Pruebas y/o Supervisión del Contrato. C. Realizar y entregar puntualmente las evaluaciones y actividades solicitadas en las capacitaciones presenciales y virtuales que garantizan el adecuado desarrollo de la actividad de calificación a aspirantes a los cargos públicos que requieren de prueba de ejecución, convocadas por la Coordinación de Pruebas y/o Supervisión del Contrato. D. Atender a las observaciones que surjan como producto de la revisión de las evaluaciones y actividades solicitadas en las capacitaciones presenciales y virtuales, que garantizan el adecuado desarrollo de la actividad de calificación a aspirantes a los cargos públicos que requieren de prueba de ejecución, convocadas por la Coordinación de Pruebas y/o Supervisión del Contrato; garantizando la calidad técnica, conceptual y metodológica desde su campo de experticia. E. Dar estricto cumplimiento a las medidas de seguridad indicadas por la Universidad Libre, de modo que se garantice la absoluta reserva y confidencialidad de la información, durante todo el proceso de capacitación y calificación de la prueba de ejecución. F. Informar de manera inmediata al Coordinador de pruebas y/o Supervisión del contrato, cualquier anomalía, irregularidad, inconsistencia, intento de fraude o suplantación, fraude, suplantación o falsedad que conozca con ocasión del proceso de calificación de la prueba de ejecución..

Este certificado se expide en Bogotá D.C, a los veintitrés (23) días del mes de diciembre del año 2024.

Atentamente,


HECTOR HUGO ÁVILA TORRECILLA

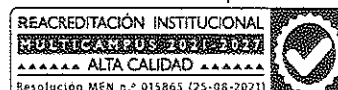
Gerente de Proyectos¹

Universidad Libre – Sede Centenario

Tel: Tel. 3205644355-3212231523

hector.avila@unilibre.edu.co - carlos.fierro@unilibre.edu.co

¹ Autorizado para el trámite y firma de las constancias de prestación de servicios mediante comunicación suscrita por la Presidencia Nacional el 17 de marzo de 2023.





TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO EN SALUD S.A.S.
TRECSALUD
NIT - 901326354-0

22 de marzo de 2024

Señores

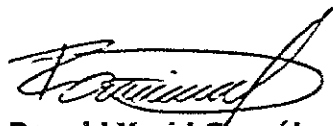
Protección (ING + Protección)
Fondo de Cesantías

Asunto: Autorización de retiro de cesantías por terminación de contrato laboral.

Por medio de la presente me permito informar de la terminación de contrato laboral entre nuestra empresa **Trabajo Especial Colombiano en salud S.A.S. TRECSALUD** con NIT 901326354.0 y el señor **Edwin Velásquez Castaño**, identificado con cédula de Ciudadanía 80.208.004, finaliza el día 20 de marzo de 2024.

Lo anterior para solicitarles se proceda con la entrega al empleado de las cesantías consignadas en el fondo. La confirmación de esta comunicación se puede realizar al teléfono 3166806535 o 3502157213

Cordialmente,



Ronald Yesid González
CC 3186396
Representante Legal
TRECSALUD S.A.S.

)

)

)

)



**TRABAJO ESPECIAL COLOMBIANO EN SALUD
(TRECSALUD) S.A.S**

Registro Cámara Y Comercio N° 3172740
NIT 901.326.954 -0



EL SUSCRITO:

Representante legal de Trabajo Especial Colombiano en Salud (TRECSALUD) SAS

CERTIFICA:

Que el señor Edwin Velásquez Castaño, identificado con cedula de ciudadanía N° 80.208.004 de Bogotá, laboro en la empresa desde el día 10 de mayo del año 2021 hasta el 11 de junio de 2021 desempeñando el cargo de Auxiliar de Enfermería y técnico vial, a través de contrato laboral de nómina, de carácter indefinido con un salario básico más auxilio de transporte.

La presente se expide a solicitud del interesado, el día 21 de Junio de 2021.

Atentamente,

Ronald Yesid González
Representante legal
TRECSALUD SAS

)

)

)

)

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7**

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO, identificado(a) con CC. No. 80208004, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 3887 2022:

Fecha Inicio: 09/02/2022 Fecha Terminacion: 08/09/2022 Valor Contrato: \$16.251.789

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

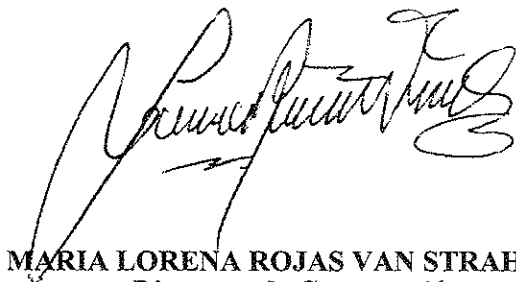
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. 2. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos que rijan para el periodo de ejecución. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control desde su perfil a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred y el Fondo Financiero-SDS. 6. Verificar el cumplimiento de lo establecido en la normatividad o legislación sanitaria disponible o existente y según el tipo de establecimiento objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental. 7. Realizar apropiación conceptual desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 8. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico. Y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 9. Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos. 10. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales, desde su perfil técnico, en los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos transversales en instituciones o entidades asignadas. (Hogares, instituciones educativas, de protección. IPS-UPGDs. establecimientos comerciales formales, unidades de trabajo informal, en el espacio público. etc). conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 11. Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los equipos territoriales. 12. Activar y notificar los eventos de

interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 13. Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo financiero-SDS. 14. Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo financiero-SDS. 15. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 16. Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado y conforme a las actividades, metas y productos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el fondo financiero-SDS. 17. Participar en las asistencias técnicas convocadas. 18. Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorias externas que se generen durante y después de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones colectivas. 19. Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública y la SDS. 20. Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas. 21. Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos. 22. Responder por el archivo de la documentación generada en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 23. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. 24. Las actividades podran ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 27 de Febrero de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

1

2

3

4



PRO-GA-F3 V:2

A QUIEN CORRESPONDA

PROCESOS 360° GESTIÓN INTEGRAL S.A.S identificado con NIT 901.064.229-2; certifica que el señor EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO identificado con cedula No 80.208.004, prestá servicios en nuestra empresa como ENFERMERO DE MEDICINA PREVENTIVA, desde el día 1 de octubre de 2020 hasta la fecha.

La presente se expide a los 21 de octubre de 2020.

Cordialmente,

LIZZA MARJORIE MENDEZ RAMIREZ
Gerente de Proyectos
NIT 901.064.229-2
Tel 7506053 322-9472779

1

2

3

4