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

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

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

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

56	Certificado en administracion de inmunobiologicos (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 insercion DIU					
59	Retiro e inserción JADELLE					
60	Certificado de formación en toma de citología					
61	Soporte vital avanzado					
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado					
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia					
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia					
66	Registro único nacional de tránsito RUNT					
67	Licencia de conducción					
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito					
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años					
	AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico					
71	Primeros Auxilios					
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)					
	INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA					
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea					
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)					
	RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.					
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometria 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 faringeo 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, 03 de JUNIO 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

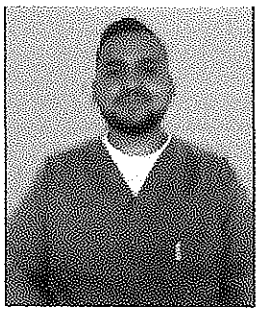
Nombre: JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetado Doctor Diego Alejandro Garcia, 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,

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA
CC: 1033709269
Dirección: CRA 18M 61-09
Email: JOHNALEXC.PSN@GMAIL.COM
Teléfono / Celular: 3102558916



JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

cc. 1033 709 269

Calle 13 #11-16

Portalegre

Teléfono:

3102558916

DATOS PERSONALES LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO: 03 de mayo de 1989

ESTADO CIVIL: unión libre

PERFIL LABORAL

Me caracterizo por ser una persona responsable, honesta, eficaz, respetuosa, cumplido con mi trabajo y mis objetivos propuestos y establecidos, me desempeño muy fácilmente en cualquier campo laboral Y tengo cualidades q me permiten desempeñar mi trabajo en equipo, dispuesto a aprender cada día cosas nuevas.

EXPERIENCIAS Y LOGROS

EMPRESA:	Subred sur occidente
JEFEIMEDIATO:	Jazmín Hernández
DIRECCION:	cll 73 a sur #80 N-39
TELEFONO:	3132290583
CARGO:	Auxiliar de enfermería SALUD PUBLICA

EMPRESA:	Subred integrada de servicios de salud norte
JEFEIMEDIATO:	Maritza Serna
DIRECCION:	cra 6 A # 19B - 14
TELEFONO:	3106295847
CARGO:	Auxiliar de enfermería SALUD PUBLICA

EMPRESA:	Avanza
JEFEIMEDIATO:	Andrea Ladino
DIRECCION:	Cra 29c # 71a-48
TELEFONO:	8290000

CARGO:	Agente de callcenter

EMPRESA:	Atlanntic internacional BPO
JEFEIMEDIATO:	María catalina Gomes
DIRECCION:	Cra. 22 #16868, Bogotá
TELEFONO:	7394150
CARGO:	Agente de Callcenter

EMPRESA :	Famisanar
JEFE INMEDIATO:	William Buitrago
DIRECCION:	Carrera 22 # 168- 84
TELEFONO:	6684100 ext. 137
CARGO:	Auxiliar cuentas médicas

FOMACION ACADEMICA

EDUCACION BASICA:	BACHILLER TECNICO COMERCIAL
	Cedid Guillermo Cano Isaza
	Carrera 16 n° 62 35 sur
	Enero del 2005 – diciembre del 2010

EDUCACION SUPERIOR:	Técnico Auxiliar de Enfermería
	Escuela de socorristas desarrollo y acción Fusdesa
	Camillero (APH)
	Codigo Blanco

Soporte vital básico

Laboratorio Clínico

OTROS:. Diplomado de hipertensión y diabetes

Universidad Sanitas

Centro de Servicio Financieros Sena

EXCEL BÁSICO

REFERENCIAS PERSONALES

JOHAM RODRIGUEZ

Empleado

Teléfono: 311 861 89 95

ALEJANDRA OSPINA

EMPLEADA

Tel: 310 3599449

REFERENCIAS FAMILIARES

CLAUDIA URREA

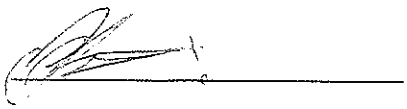
Teléfono: 3114906652

INDEPENDIENTE

VIVIANA PENAGOS

Teléfono: 3193528485

FISIOTERAPEUTA



JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

CC. 1.033.709.269

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.033.709.269

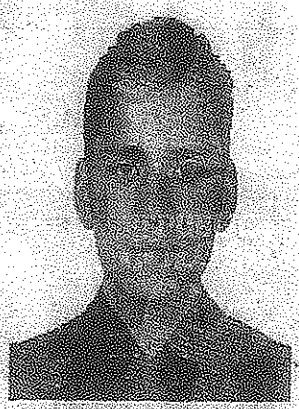
NUMERO

CASTAÑO URREA

APELLIDOS

JOHN ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

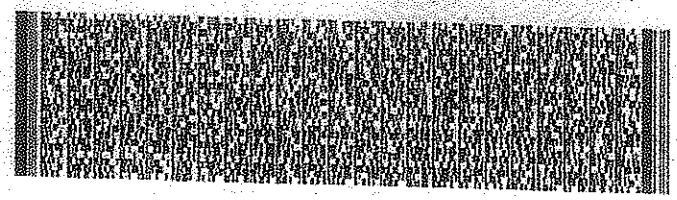
FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

11-MAY-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500106-45161045-M-1033709269-20070715 0391107197A 02 238427943

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1033709269, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JOHN
Segundo Nombre:	ALEXANDER
Primer Apellido:	CASTAÑO
Segundo Apellido:	URREA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1033709269
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de DICIEMRE de 2025, a las 6:27:51 PM.

Cordialmente,

TC. ROJAS FONSECA ALEXANDER

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287981587

PIB
08:56:05

Bogotá DC, 03 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033709269:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 03 de junio de 2026, a las 08:57:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033709269
Código de Verificación	1033709269260107215747

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:51:15 AM horas del 03/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033709269**

Apellidos y Nombres: **CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER**

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/06/2026 08:04:04 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1033709269** y Nombre: **JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA.**

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. **132020373** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

515 9000



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



gov.co

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 1033709269 **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 03/06/2026 10:21 AM

Código Verificación: **J2T1NDWY6M**

Válida hasta: **01/09/2026**

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 23:36:54 horas del 03/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1033709269, Apellidos y Nombres CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, con NIT 900226715-3 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.

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Autenticación UTC -5 08:57:48
John alexander ca...

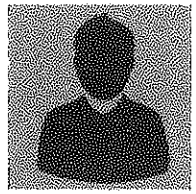
Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- Mis datos de usuario
- **Noticias SECOP**
- **Mis registros**
- **Accesos del usuario**
- **Términos y condiciones de uso**

Editar

Información del usuario



Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	
Nombre	john alexander
Apellidos	castaño urrea
Fecha de Nacimiento	3/05/1989 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Hombre
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	john alexander castaño urrea
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1033709269
Dirección	cl 49 b sur n 9 a
Código postal	111841
Estrato	3
Ubicación	Bogotá
País	COLOMBIA
Correo electrónico	axel_314@hotmail.com
Teléfono	3102558916
Celular	3102558916

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	John.castaño.urrea
SMS para recuperar la contraseña	3102558916

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141044814091

(415)7707212489984(8020) 000014104481409 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 3 7 0 9 2 6 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 3 7 0 9 2 6 9	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTAÑO	URREA	JOHN	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 18 M 61 09 SUR BRR ESCALA I SECTOR

42. Correo electrónico: axel_314@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 0 1 1 9	8 6 9 9	2 0 2 0 1 0 1 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026 - 06 - 03 / 07 : 17: 57

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 CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-06-2024 11:15:36PM

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

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

FECHA:	2026-06-04	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUB		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTAÑO	URREA	JOHN	ALEXANDER

TIPO DE IDENTIFICACION				No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1033709269	BOGOTA DC	2007-05-11
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	NO

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
1989-05-03	BOGOTA DC	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)			3102558916

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

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 18M 61-09 SUR	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3102558916

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
johnalexc.psn@gmail.com	N/A	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO		
	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
INDEPENDIENTE X	EMPLEADO SOCIO		OTRA		

DECLARACION RENTA NACIONAL	DECLARA RENTA						CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI		NO X	8699	
	NO X		ICA	SI		NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE						AGENTE AUTORRETENEDOR	
SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI			SI	
			NO X			NO X	

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										NIT	
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X						800006850-3
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS				
OTRA	CUAL:										

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	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	$ 0	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1,200,000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 1,500,000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 1,200,000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1,500,000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 0**	TOTAL PASIVOS	**$ 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 puede ser familiar, vivir con el cliente o tener parte de los mismos ingresos o hacer labores)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SEPULBEDA	**DUEÑAS**	**YESID**	**ALFONZO**

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
CALLE 61 SUR # 18 23	**BOGOTA**	**AMIGO**	**3002643484**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BAMCOLOMBIA	**AHORROS**	**56709933073**	**BOGOTA**	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

CUAL:

8. DECLARACIÓN 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 entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

NOMBRE DEL CARGO: AUXILIR 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, complemente 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, complemente 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 del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al 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 numeral anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DE 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

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. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la ...nción 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 accederé a los servicios de salud del Sistema ...al 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) Envio de información relativa a encuestas de ...ción 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 ...adoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes 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 capitulo XI del Titulo 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.

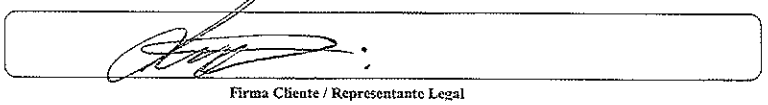
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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 ...lud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona 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.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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 Indice Derecho

Salud Total...

Bogotá, Junio 03 de 2026 Señor(a)
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA
CC. 1033709269
CARRERA 18 A BIS # 60 G 66 SUR
Ciudad BOGOTA

Ref: F370-RVA. 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 febrero 1 de 2009. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	1033709269	COTIZANTE				ACTIVO		VIGENTE	

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

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación SALUD
TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con C.C No. 1.033.709.269, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de junio del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTAÑO	URREA	JOHN ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1033709269

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 2545165 D.M. EJ

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 03 MES 05 AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 13A SUR 11 16 16

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: EMAIL: jacu1608@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

SPECÍFIQUE 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*

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO OGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
ELÉFONOS 3013810285	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 9 SUR 39 46 SUR 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4431790	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2020	*Día*	07	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 66 15 41 41					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*					

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 3 de JUNIO 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | sigep II

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1033709269 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 13A SUR 11 16 16 TELÉFONO: 3102558916

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
alan esteban castaño abella	1033791256	HIJO(A)
annie slome castaño penagos	1033831756	HIJO(A)
claudia marina urrea	51997998	MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$14.200.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$14.200.000

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
bancolombia	CUENTA DE AHORROS	56709933073	bogota	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
angie viviana penagos villalobos	C.C. **X** C.E. T.I.	1013652241

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO	CIUDAD Y FECHA
	Bogotá 3/08/2026

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 03 de JUNIO de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA , identificado con cedula de ciudadanía No. 1033709269 a, interesado en la oferta de prestación de servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIA, 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. 1033709269

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, 03 de JUNIO 2026

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

Yo JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1033709269 de BOGOTA por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

C.C. No. 1033709269 De Bogota

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

ARL **SURA**

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

N.º Documento: CC 1033709269

Fecha de Nacimiento: 03/05/1989

Dirección: CRA 13 ESTE 30ª 08

Teléfono. Fijo – Celular3102558916

E-mail: JOHNALEXC.PSN@GMAIL.COM

EPS: SALUDTOTAL

AFP: COLPENSIONES

Firma Contratista:



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

ARL | sura

Medellín, 22 de junio de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033709269 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 11/01/2026 **Fecha fin cobertura:** 30/09/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10721903192617334971

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 22/06/2026 9.42 AM

suro

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.236.104.14, 172.16.42.57

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

Soacha 03 de JUNIO de 2026 Señores:

ESCUELA DE SALUD FUSDESA

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA 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:

TECNICO EN ENFERMERI

Cordialmente;



N° Documento CC 1033709269

Dirección de contacto CRRERA18M 61-09

Teléfono 3102558916

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

Yo, JOHN ALEXANDER CASTAÑO URRE, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1033709269, expedida en BOGOTA, 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 especificarlas 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 pudiere 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

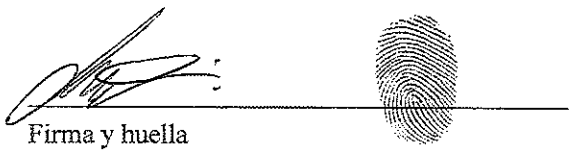
Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su 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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 3/06/26



Firma y huella

3102559416

Celular No.

Jhnalexc.15@gmail.com

Correo institucional

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.

Soacha, 03 de JUNIO de 2026.

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

Yo JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA, identificado con C.C. 1033709269, 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,

C.C. 1033709269

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: John Alexander
Apellidos: Castaño Urrea
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte: P.E.P. Otro: Cual:
No. 1033709269
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: John Alexander
Apellidos: Castaño Urrea
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte: P.E.P. Otro: Cual:
No. 1033709269
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jhon Alexander
Apellidos: Castaño Urrea
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte: No. 1033709269
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11-03 2021	PFIZER	EN1149 06-21	CSJ Simón Bolívar	Nidia Alonso	51.989.377
	2	01-04 2021	Pfizer	EL 1342	Simon Bolivar	Olga Camacho	52 055 331

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
	1	2021	Pfizer	Pfizer	CSJ Bolivar	Claudia Chitiva C.C. 52.045.031 Aux. Enfermería Ola de vacunación
COVID-19						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Influenza estacional	Única			
Neumococo polisacárido 23V				
Td adulto				
VPH				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B				
Influenza			22-6-2021 SOLUZIONE ALVA V= 23.2.22	
Td adulto				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: sábado, 17 de octubre de 2020 10:38 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1033709269
Nombres y Apellidos	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA		
Fecha de nacimiento:	03/05/1989		

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				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	12/02/2019	Fiebre Amarilla	P3A11	TERMINAL SATELITAL SUR
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
patitis B	Primera dosis	03/03/2018	Recombax B	1434034	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	12/05/2018	Hepavax Gene	1434034	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	11/08/2018	Hepavax Gene	143403402	DR. GONZALO HERNANDO MENDEZ GONGORA
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	12/02/2019	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	TERMINAL SATELITAL SUR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes 20 de octubre de 2020 01:37 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1033709269
Nombres y Apellidos	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA		
Fecha de nacimiento:	03/05/1989		

Td	Primera dosis	02/03/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	d2284	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Segunda dosis	06/04/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2288	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Tercera dosis	16/04/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221501316A	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
	Cuarta dosis	23/01/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	2338X004AE	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL USME
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	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				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
H Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

11093300

Nombre:	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA		Fecha de recepción:	27-01-2020 10:19 am	
Identificación:	CC No 1033709269	Tel.	Fecha de impresión:	27-01 -2020 10:55 am	
Edad:	30 AÑOS	Sexo: M	Empresa:	ZAYA CAMACHO RUBY DRA	
Medico:	MEDICOS VARIOS		Sede:	REFERENCIA	
No Ordenamiento:	754844412		Fecha Validación	03-02-2020 10:31 am	Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B			
Método: HBsAg (antígeno de superficie de la hepatitis B)	655	UI/L	101-1000 UI/L
HBsAg o anti-HBs (antígeno de superficie de la hepatitis B)			
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS; Ac. Ig G	16.4		
Método: Inmunoensayo Enzimatico EIA			

ELSY YESENIA OSPINA SILVAN
C.C. 29.684.959
BACTERIOLOGA

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Bordeline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor 11.0

LABORATORIO CLINICO PERICO
COLCAN

7 596347 795417

Nombre:	JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA			Fecha de recepción:	27-01-2020 11:15 am
Identificación:	CC No 1033709269		Tel.	Fecha de impresión:	27-01-2020 11:22 am
Edad:	30 años	Sexo: M		Empresa:	ZAYA CAMACHO RUBY DRA
Medico:	MEDICOS VARIOS			Sede:	REFERENCIA
No Ordenamiento:	994877746			Fecha Validación	03-02-2019 10:46:14 am

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS; Ac. Ig G	15.7		
Método: Inmunoensayo Enzimatico EIA			
lady317jc@gmail.com Esperanza123*			

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Bordeline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor 11.0

ELSY YANNETH OSPINA BETRAN
C.C. 20,644,959
BACTERIOLOGA

Jessica Rojas

NIT. 830135102-5
Sede Principal: Calle 49 No. 10-03 • PBX: 744 7777 Ext. 2310 - 2311 • Tel. 744 7777 Ext. 2323 - 2324
Sede Norte: Calle 102 No. 16-91 • Tel. 214 2424 • Fax. 214 2424
Sede Centro: Calle 15 No. 16-23 Oficina 204 • Tel. 4332818 - 4332797 • Fax: 733 1399
Calle 95 No. 12-45 • Tel. 236 3735 • Fax: 257 4242

SupliMed

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Institución: PARTICULAR

Nombre: JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

Identificación: 1033709269 Tel: 3102558916

Vacuna	Dosis	Fecha aplicación	Lote No.	Firma vacunador
		13 FEB 2020	U1923AC 12JAN19	Nancy Rodriguez CC 25024299 Aux. de Enfermeria

Carrera 63 No. 100 - [illegible] Tel: 613 9031 - 102 1735 Cel: 313 433 9766 - Bogotá

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: John Alexander

Apellidos: Castaño Urrea

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

Número de documento: 1033709269

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 05 Año 1989

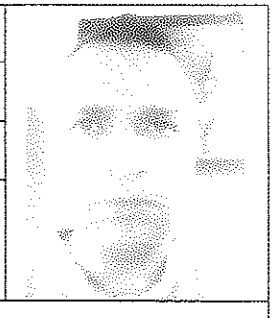
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico -	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	26.9.23	230049	Talundy Bogotá
	Anual			
	1ª			

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa Omnisalud		**Empresa en Misión**		
PARTICULAR		-		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
- 811 037 385-2	- Calle 77 # 20c 56	- (601) 4823257	- BOGOTA	

INFO RMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	**Documento de Identidad**	**Edad**	**Género**
JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA	CC 1033709269	37 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**	**Estado Civil**
Bogotá	Bogotá	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
	CALLE 13#11-16	3102558916
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
JACU1608@GMAIL.COM	TECNICO	A+

IMC	Hijos	EPS
23.1	2	SALUD TOTAL

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
AUXILIAR DE ENFERMERIA	28/04/2026	08:50 am	09:31 am

Lugar de realización examen	Bogotá

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (713152)HEMOCLASIFICACION) SE REALIZA

- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA

- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA

- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA
-EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y/O VISUAL: SE REALIZA
ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Recibir Entrenamiento En Normas De Bio-Seguridad Y Uso De Adecuados Elementos De Protección Personal En Sus Funciones Asistenciales, Revisar El Esquema De Vacunación Contra El Tétanos Y La Hepatitis B Determinar Anticuerpos Contra Hepatitis B Siempre Y Cuando Esté Vacunado, Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Reportar Oportunamente Los Accidentes E Incidentes De Trabajo, Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). No Subestimar Los Riesgos Que Le Rodean En Sus Actividades, Mantenerse Atento Para Prevenir Accidentes O Incidentes Que Le Puedan Afectar A Usted, O A Sus Compañeros, Asistir A Las Capacitaciones Y A Los Entrenamientos En Normas De Bioseguridad Y En Prevención Del Riesgo Biológico./
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Énfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	**- TIPO :** 1	**- GRUPO :** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y/O VISUAL	NORMAL SIN NINGUNA CONTRA INDICACIÓN	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

Dirección: cl. 77 # 20 c-56 Teléfonos: 3455773 – 3455774 4823258 www.omnisalud.com.co

WANDERTH

EYEWEAR

Nit: 901416133-6

Consultorio de Optometria

Celular 3016186827 - Direccion Cra 19 A # 8 A 01

CC GOLDEN PLAZA - LOCAL 139

Fecha: 12/02/2026 11:21 09 AM

Historia Opt. Nro. WLAB47446

Tipo Doc: **C.C**

No. Documento: **1033709269**

Nombre del Paciente

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

Fecha de Nacimiento: **03/05/1989**

Tel : **3102558916**

Profesional que Atendio

Dra. Vilma Camila Niño Castaño

VALORACION EXAMEN

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	ALTURA F.	DP	VL	VC
OD	2.15	1.00	0			30	20	0.5
OL	-2.00	-1.00	0			30	20	0.5

Control en un (1) año

PRUEBA AMBULATORIA

SIN PROBLEMAS VISUALES

VILMA CAMILA NIÑO CASTILLO

Dra. Vilma C. Niño Castillo

República de Colombia

y en su Nombre

El Colegio CEDID

"Guillermo Cano Isaza"

Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., según Resolución No. 807 del 28 de Febrero de 2001 y No. 2603 del 28 de Agosto de 2002

Confiere a

Castaño Urrea John Alexander

Identificado (a) con NIP No. 89050351912

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Especialidad en Contabilidad

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

Rector

Secretaria

Anotado al Folio No. 10 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 4

Dado en Bogotá, D.C., a los cuatro (4) días del Mes de Diciembre de 2010

Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994. Art.11 del M.E.N.

No requiere registro de la Secretaría de Educación

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO CEDID GUILLERMO CANO ISAZA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
JORNADA TARDE
CARRERA 16C No. 62-35 SUR MEISSEN
Teléfono: 7650665
Bogotá, D.C.

Inscripción S.E.D. 4688
Inscripción DANE 111001443 89

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2010, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del colegio **CEDID GUILLERMO CANO ISAZA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, aprobada mediante reconocimiento oficial según Resoluciones Nos. 807 del 28 de Febrero de 2001 y 2603 del 28 de Agosto de 2002, en el Nivel de Educación Media Técnica, Bachillerato Técnico.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el titulo de:

BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL
Especialidad: Contabilidad

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

CASTAÑO URREA JOHN ALEXANDER
Identificado (a) con NIP No. 89050351912

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 022 del 04 de Diciembre de 2010, consta de 32 alumnos; comienza con el nombre de **ALIPIO RUIZ DIDIER ESNEIDER** y termina con el nombre de **VELANDIA MARÍN ALLISSON SULEY**. Firmada por **MANUEL PÉREZ MORENO** (Rector) y **LEONOR ORJUELA M.** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2010.

No requiere Registro de Secretaria de Educación según, Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

MANUEL PÉREZ MORENO
Rector
C.C. 19136.771 de Bogotá

LEONOR ORJUELA M.
Secretaria
C.C. 51752.558 de Bogotá

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 No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

C.C.1.033.709.269 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

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS "FUSDESA"

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 29 Días del Mes de Junio de 2019
Anotado en el Folio 338 Del libro 07 del Registro de FUSDESA.

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 No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 044

ACTA INDIVIDUAL N° 338

En Bogotá D.C. a los 29 días del Mes de Junio del año 2019
J H O N A L E X A N D E R C A S T A Ñ O U R R E A
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.033.709.269 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 338 del Libro 07 del Registro de FUSDESA

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS, DESARROLLO Y ACCIÓN
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY SALINAS GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS "FUSDESA"

BOGOTÁ | Bien

Resolución No A10021 del día 03 del mes de Marzo del año 2020
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación y/o Actividad Técnica
LA SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 2680 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que [illegible] JOHN ALEXANDER CASTAÑO VARGAS identificado con Cedula de ciudadanía número 1.033.770.260, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de la profesión/ocupación y/o TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por FUNDACION DE SOLIDARIDAD DESARROLLO Y ACCION FUNDESAL el día 2018-06-01 con el No. 358, registrado en el folio 135, del 2018.

Que el interesado ha dado cumplimiento a lo dispuesto para el trámite de la misma con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

En mérito de lo expuesto se [illegible]

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JOHN ALEXANDER CASTAÑO VARGAS identificado con Cedula de ciudadanía número 1.033.770.260, para ejercer la profesión/ocupación y/o TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: [illegible] identificado con Cedula de ciudadanía número 1.033.770.260, deberá inscribir ante la Secretaría Distrital de Salud [illegible] dentro de los treinta (30) días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de esta Acto Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La [illegible] electrónicamente el contenido de la presente Resolución a JOHN ALEXANDER CASTAÑO VARGAS, identificado con Cedula de ciudadanía número 1.033.770.260, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que contra la misma [illegible] recurso de reposición ante este Despacho, los cuales deberán interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual establecida para tal fin a partir del 1 de abril de 2020.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 03 días del mes de Marzo del año 2020

MARTHA J. FONSECA S

Subdirectora (e) Subdirección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (e).
Código de verificación: [illegible]

Versión Pantalla HTML | Imprimir

Resultado General - 2020-06-03 - 7:03:28 AM

CC	1033709269	JOHN	ALEXANDER	CASTAÑO	URREA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 109 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) JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA identificado(a) con CC 1033709269 registra la siguiente información:

2020-06-03 - 7:03:28 AM

Información Académica

AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-03-03	10020	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

JOHN CASTAÑO URREA

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión:14 Mayo 2026

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

REGIÓN DE SALUD
SOACHA

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

Certifica que:

JOHNALEXANDER CASTAÑO

CC. 1.033709269 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 BOGOTA
WhatsApp: 3145701189-TELS: 3236878695
preventioempgerencia@gmail.com

ALEXANDER TORRES ORTIZ
PS. ESPECIALIZADO EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR

ASESORIAS Y CAPACITACIONES
HEALTH TRAINING GROUP
NIT 901160737-3 CEL 3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

C.C. 1033709269

ASISTIO Y APROBO EL CURSO

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Guías de lectura, del 05 de Febrero al 06 de Febrero de 2026 Taller Práctico Realizado los días 07 y 08 de Agosto de 2024. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

Lo anterior se firma en Bogotá DC. El día 08 del mes de Febrero de 2026.

EDISSON OSORIO
Gerente General

CAROLINA MARTÍNEZ AMAYA
Enfermera Jefe

ASESORIAS Y CAPACITACIONES
HEALTH TRAINING GROUP
NIT 901160737-3 CEL 3209371146
EMERGENCIAS.EOG1708@GMAIL.COM

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URRE

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

C.C. 1033709269

ASISTIO Y APROBO EL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO BLS

Guías de lectura, del 12 de febrero al 13 de febrero de 2026 Taller Práctico Realizado los días 14 y 15 de Febrero de 2026. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años.

Lo anterior se firma en Bogotá DC. El día 15 del mes de Febrero de 2026.

EDISSON OSORIO
Gerente General

CAROLINA MARTÍNEZ AMAYA
Enfermera Jefe

HTG
Health Training Group s.a.s
Asesorías y capacitaciones

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

CC 1033709269

ASISTIÓ AL CURSO TALLER:

AGENTES QUIMICOS

Con una intensidad horaria de 20 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Febrero de 2026 al 02 de Febrero de 2026. Taller virtual los días 03 y 04 de noviembre de 2026. Taller práctico 05 de Febrero e 2026, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.

Lo anterior se firma en Bogotá DC., el día 05 del mes de Febrero de 2026.

Con una validez de 2 años.

Edisson Osorio
Director General

Carolina Martínez Amaya
Subdirectora.

HEALTH TRAINING GROUP S.A.S

healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206054874-Cel: 3144350486
NIT: 901160737-3

HTG
Health Training Group s.a.s
Asesorías y capacitaciones

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXANDER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO

CC 1033709269

ASISTIÓ AL CURSO TALLER:

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad horaria de 20 HORAS

Guías de lectura, del 01 de noviembre de 2024 al 02 de noviembre de 2024. Taller virtual los días 03 y 04 de noviembre de 2024. Taller práctico 05 de noviembre 2024, Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.

Lo anterior se firma en Bogotá DC., el día 05 del mes de noviembre de 2023.

Con una validez de 2 años.

Edisson Osorio
Director General

Carolina Martínez Amaya
Subdirectora.

HEALTH TRAINING GROUP S.A.S

healthtraininggroup2018@gmail.com
WhatsApp 3206054874-Cel: 3144350486
NIT: 901160737-3

HTG
Health Training Group s.a.s
Asesorías y capacitaciones

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXESADER CASTAÑO URREA

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NÚMERO

CC 1033709269

ASISTIÓ AL CURSO TALLER:

MANEJO DEL DUELO

Con una intensidad horaria de 20 HORAS

Guías de lectura, del 01 de Febrero de 2026 al 02 de Febrero de 2026. Taller virtual los días 03 y 04 de noviembre de 2026. Taller práctico 05 de Febrero 2026. Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su página 9 Art 38. Y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 ley 1075 de 2015, capacitación teórico-práctica acorde a los estándares nacionales en educación continua e informal.

Lo anterior se firma en Bogotá DC., el día 05 del mes de Febrero de 2026.

Con una validez de 2 años.

Edisson Osorio
Director General

Carolina Martínez Amaya
Subdirectora.

HEALTH TRAINING GROUP S.A.S

healthtraininggroup2018@gmail.com

NIT: 901160737-3

WhatsApp 3206054874-Cel: 3144350486