



EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

**JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**

CC.No. 85.084.117 de Sifionuevo

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA  
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS  
PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL  
LE OTORGA EL TÍTULO DE

**M E D I C O**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA  
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 74 DEL LIBRO 2/07  
NÚMERO DE REGISTRO M - 4412

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS  
26 DÍAS DEL MES Julio DEL AÑO 2013

11



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA  
Secretaría Seccional de Salud  
Despacho

RESOLUCION No. 47 **0842**  
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) señor (a) **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No.85,084,117, expedida en Sitionuevo - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **MEDICO**, que le otorgó **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA**, según Acta de Grado No. M - 78 - 6499 - 13 del día 26 de julio de 2013, Diploma Registrado al Libro No. 2/07

Que **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**, cumplió con el Servicio Social Obligatorio en La E.S.E Hospital Santander Herrera, Municipio de Pivijay - Magdalena, durante el período comprendido entre el 15 de enero de 2014 hasta el 04 de marzo de 2015; en la plaza con número de orden 62 - M, Resolución No. 0006 del 02 de enero de 1997.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

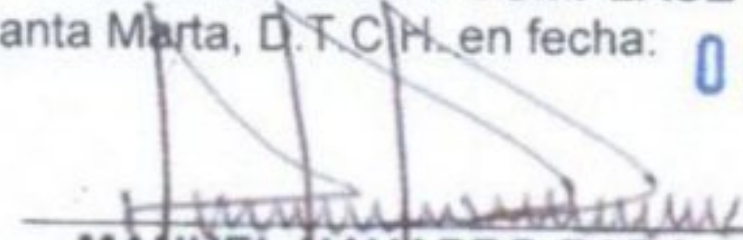
**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**, identificado (a) Cédula de Ciudadanía 85,084,117, expedida en Sitionuevo - Magdalena para ejercer la profesión de **MEDICO**, en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: **09 ABR 2015**

  
**MANUEL NAVARRO RADA**  
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado y Revisado por: Piedad De la Hoz Orozco

Construyendo Respeto por el Magdalena  
Secretariadesalud@magdalena.gov.co  
Calle 23 No. 13 A 02  
Teléfono: 57 54 319542.

**0799**



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

## *Certifica*

# *Johan jose mendoza gutierrez*

## *CC 85084117 de sitio nuevo*

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-08

Fecha de vencimiento: 2027-03-08



FUNDACION NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la pagina

[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org)

ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

## *Certifica*

# *Johan jose mendoza gutierrez*

## *CC85084117 de sitio nuevo*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI  
Clínico

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-10

Fecha de vencimiento: 2027-03-10



FUNDACION NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la pagina

[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org)

ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA  
Secretaría Seccional de Salud  
Despacho

RESOLUCION No. 47 **0842**  
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) señor (a) **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No.85,084,117, expedida en Sitionuevo - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **MEDICO**, que le otorgó **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA**, según Acta de Grado No. M - 78 - 6499 - 13 del día 26 de julio de 2013, Diploma Registrado al Libro No. 2/07

Que **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**, cumplió con el Servicio Social Obligatorio en La E.S.E Hospital Santander Herrera, Municipio de Pivijay - Magdalena, durante el período comprendido entre el 15 de enero de 2014 hasta el 04 de marzo de 2015; en la plaza con número de orden 62 - M, Resolución No. 0006 del 02 de enero de 1997.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

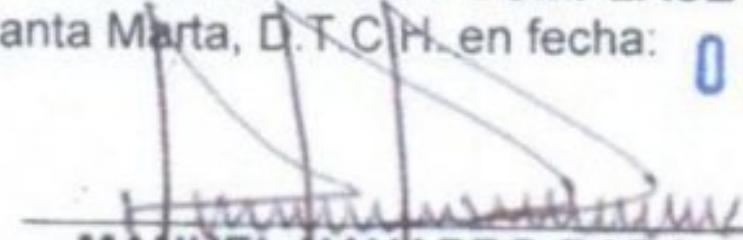
**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ**, identificado (a) Cédula de Ciudadanía 85,084,117, expedida en Sitionuevo - Magdalena para ejercer la profesión de **MEDICO**, en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: **09 ABR 2015**

  
**MANUEL NAVARRO RADA**  
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado y Revisado por: Piedad De la Hoz Orozco

Construyendo Respeto por el Magdalena  
Secretariadesalud@magdalena.gov.co  
Calle 23 No. 13 A 02  
Teléfono: 57 54 319542.

**0799**



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

## *Certifica*

# *Johan jose mendoza gutierrez*

## *CC 85084117 de sitio nuevo*

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

Fecha de emisión: 2025-03-10

Fecha de vencimiento: 2027-03-10



FUNDACION NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la pagina

[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org)

ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

**Certifica**

***Johan jose mendoza gutierrez***

***CC 85084117 de sitio nuevo***

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

Fecha de emisión: 2025-03-08

Fecha de vencimiento: 2027-03-08



FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina

[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org)

ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

**Certifica**

***Johan jose Mendoza gutierrez***

***CC 85084117 de sitio nuevo***

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional  
Resolución 3100 / 2019  
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-08

Fecha de vencimiento: 2027-03-08



FUNDACION NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la pagina

[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org)

ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL**



**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

**CERTIFICA**

Que el señor JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 85084117, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: JOHAN  
Segundo Nombre: JOSE  
Primer Apellido: MENDOZA  
Segundo Apellido: GUTIERREZ  
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía  
Número Documento: 85084117  
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 27 días del mes de Febrero de 2025, a las 12:49:33 AM.

Cordialmente,

TC. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ.

Generó: Sistema Fénix

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional



**PATRIA HONOR LEALTAD**

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO  
Cra. 11 B No. 104ª-64 (601) 4261420 Bogotá D.C- Colombia



# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Johan Mendoza***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

**Vigilancia y respuesta a la mortalidad materna y perinatal**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

8 de febrero de 2021

Horas: 40



**Dra. Carissa F. Etienne**  
Directora



\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=60217887-28b4-4be6-bf46-2ccaac1f1c2e>



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ identificado(a) con CC 85084117 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de</b>	<b>14/04/2014</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>CENTRO MEDICO SAN JUAN EU-SANTO TOMAS</b>
<b>Categoría:</b>	<b>A</b>

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de abril del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ identificado(a) con C.C No. 85.084.117, 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 02 de abril del 2025.

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](http://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



## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), JOHAN JOSE MENDOZA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 85084117 expedida en SITIO NUEVO MAGDALENA actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

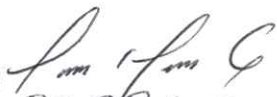

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

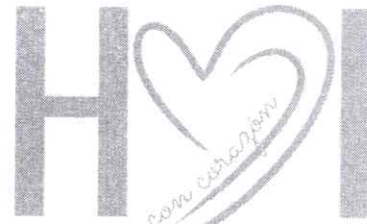
Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de abril de 2025

Firma:   
C.C. 85.084.117  
Nombre: 





**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN  
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.
6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Abril de 2025

Firma:

Nombre:

John Jose Fierdra Estivariz

Identificación:

85084117