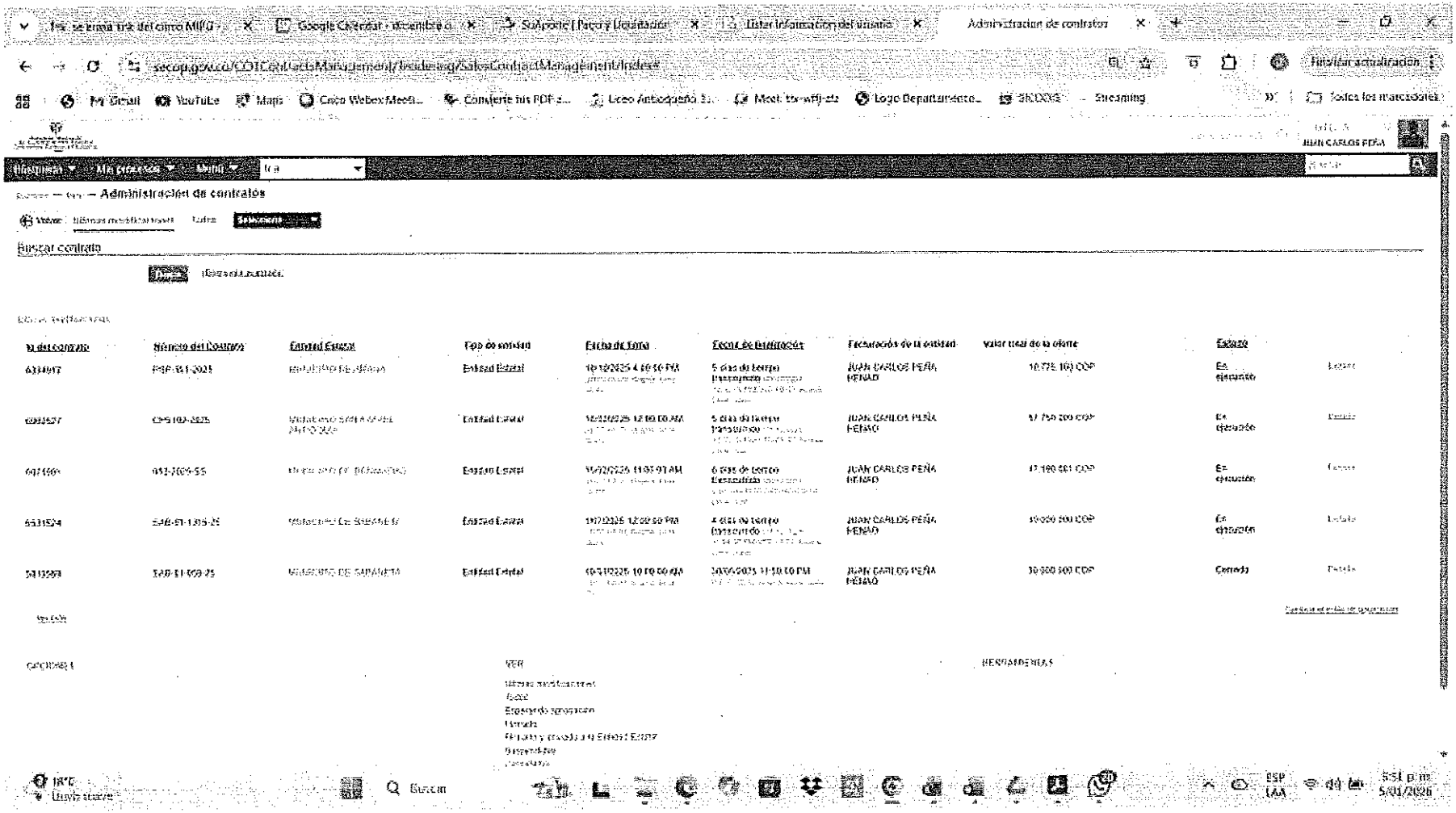

Administración de contratos
JUAN CARLOS PEÑA
Administración de contratos
Buscar contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de contrato
Fecha de Inicio
Fecha de Finalización
Representante de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
JUAN CARLOS PEÑA HENAO
Prestación de Servicios
Contrato
Buscar

JUAN CARLOS PEÑA HENAO
Gerente de Sistemas de Información en Salud. Magíster en Salud Pública. Universidad de Antioquia.

Medellín, julio de 2026

Doctor
WILSER DARIO MOLINA MOLINA
Alcalde

Doctora
DIANA MARÍA RUÍZ PIEDRHÍTA
Secretaria de Salud

Municipio de Amagá, Antioquia.

REFERENCIA: Propuesta de prestación de servicios profesionales.

Soy Gerente de Sistemas de Información en salud egresado de la Universidad de Antioquia, magíster en Salud Pública de la misma Universidad, con amplia experiencia y capacitación para brindar a su entidad el más completo acompañamiento a los procesos en Gestión de la Salud Pública de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, que le permitirá tomar decisiones oportunas, seguras y acertadas, con énfasis en la promoción y prevención de la salud.

Me permito presentar la siguiente propuesta para que sea analizada.

OBJETO GENERAL DE LA PROPUESTA. AREA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD, APOYANDO LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA DURANTE LA VIGENCIA 2026.

OBJETO ESPECÍFICO DE LA PROPUESTA.

SIVIGILA

1. Realizar seguimiento a la notificación semanal de los eventos de interés en salud pública a través del SIVIGILA.
2. Realizar las acciones de verificación con la Coordinación de Vigilancia para el cierre de los eventos de interés en salud pública.

3. Apoyar en la revisión de las Búsquedas Activas Institucionales – BAI, enviadas por la ESE de forma mensual.

4. Enviar de manera mensual el SIANIEPS.

5. Apoyar los Comités de Vigilancia Epidemiológica COVE Municipal.

6. Apoyar la elaboración del informe de Seguridad Alimentaria y Nutricional municipal, según lo establecido en la Ordenanza 038 de 2018.

Cel. 304 530 8498, jucapehe@gmail.com, Medellín – Colombia

ESTADISTICAS VITALES

7. Apoyar el Comité de Estadísticas Vitales municipal.

8. Administrar el aplicativo RUAF ND y realizar seguimiento a estadísticas vitales Nacimientos y defunciones ocurridas en el Municipio de Amagá.

9. Realizar control de calidad y verificar que los hechos vitales sean ingresados 24 horas posteriores al suceso.

10. Verificar que los certificados (defunciones y nacidos vivos), se encuentren en estado confirmado 8 días después de su ingreso.

11. Verificar que los nacimientos que hayan ocurrido en las IPS tengan diligenciado su RH (Seguimiento semanal).

RIPS – REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

12. Realizar validación y análisis de la calidad de los RIPS recibidos de los diferentes prestadores en el municipio, así como la devolución y seguimiento a inconsistencias de los mismos, con una periodicidad mensual.

13. Reportar consolidado de los RIPS generales del municipio a la SSSA cada mes.

14. Generar informes de morbilidad a partir de los RIPS según se requiera. Entregar como mínimo un informe trimestral, el cual debe ser socializado en el COVE de los siguientes meses.

PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD

15. Apoyar la planeación integral de salud y los seguimientos al Plan Territorial de Salud con periodicidad trimestral.

16. Apoyar seguimiento a las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

17. Apoyar la evaluación del Plan territorial de Salud según lineamientos de la Secretaria de Salud e Inclusión Social de Antioquia con periodicidad anual.

18. Apoyar los reportes FUT Víctimas con periodicidad trimestral.

19. Apoyo a la planeación presupuestal y contractual.

20. Apoyo en la elaboración del ASIS vigencia 2026.

METODOLOGIA DE TRABAJO.

Una vez evaluados los aspectos para los cuales pueda prestar mis servicios profesionales, se definirá en coordinación con la Secretaría de Salud y Bienestar Social, la opción más adecuada para la aplicación de los aspectos técnicos de ejecución del trabajo, para lo cual presento la siguiente alternativa:

JUAN CARLOS PEÑA HENAO
Gerente de Sistemas de Información en Salud. Magíster en Salud Pública. Universidad de Antioquia.

Trabajo operacional y técnico 90% por fuera de las instalaciones de la Secretaria de Salud y con asistencia presencial cuando sea requerido, con disponibilidad durante todo el tiempo necesario con contacto y comunicación permanente desde cualquier lugar, vía conexión remota, vía telefónica, WhatsApp o correo electrónico, entre otros

CELULAR:	304 530 8498
RESUMEN ESTUDIOS:	GERENTE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD, EGRESADO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. MAGISTER EN SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

RESUMEN EXPERIENCIA PROFESIONAL

Cuento con al menos de 14 años de experiencia en el área de Sistemas de Información en Salud, gestión administrativa y de docencia, entre los más recientes están:
El municipio de Amagá, El municipio de Sabaneta, E municipio de Donmatías, El municipio de Alejandría, El municipio de El Peñol, El municipio de Cañasgordas., El municipio de San Rafael, El municipio de Caracolí, ESE Hospital San Pio X de Caracolí, ESE Hospital la Candelaria de Guarne, Docencia de catedra en la Universidad de Antioquia.
El Departamento de Antioquia – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - Profesional Universitario de la Gerencia de Salud Pública, Universidad de Antioquia – Facultad de Enfermería – Gerente de Sistemas de Información en Salud, Municipio de Sonsón – Secretaría de Salud - Gerente de Sistemas de Información en Salud y Director Local de Salud, Municipio de Betulia – Secretaría de Salud - Gerente de Sistemas de Información en Salud con manejo de recursos tecnológicos e implementación de procesos.

SEGURIDAD SOCIAL:	La asumo en su totalidad.
DURACION DEL CONTRATO:	A convenir.
VALOR DEL CONTRATO:	A convenir

Por ser un contrato de prestación de servicios, no se causa relación laboral alguna y sólo se genera el pago de honorarios profesionales.

Disposición inmediata para entrevista en forma personal y resolver todas sus inquietudes.

Atentamente,

Juan Carlos Peña H.

JUAN CARLOS PEÑA HENAO
C.C. 15.328.062 de Yarumal.

Anexo: Hoja de vida y sus soportes.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
15.328.062

PEÑA HENAO

JUAN CARLOS





24-NOV-1974
YARUMAL
(ANTIOQUIA)

1.68 O+ M

REGISTRADOR YARUMAL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141257923189

(415)7707212489984(8020) 000014125792318 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	15328062	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Yarumal 8 8 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	HENAO	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

41. Dirección principal: CR 45 CL 26 162 IN 308

42. Correo electrónico: jucapehe@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 5 3 0 8 4 9 8	6 0 4 6 1 6 3 9 8 0

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
7 0 2 0	2 0 1 6 0 5 2 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 2026-06-19 / 03:03:44PM

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 PEÑA HENAO JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO PUESTO SIN COSTO

FUERZAS MILITARES

15328062

APELLIDOS Y NOMBRES

PEÑA HENAO

JUAN CARLOS

UM BASH ESP. MIL PONTILERO

PROFESION BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

15328062

CT. HECTOR RODRIGUEZ ALVIRA
CDTE. DIM. No. 55

03-OCT-94
FECHA EXP.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JUAN CARLOS PEÑA HENAO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 15328062, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	CARLOS
Primer Apellido:	PEÑA
Segundo Apellido:	HENAO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	15328062
Clase Libreta Militar:	Primera Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 3 días del mes de Enero de 2025, a las 10:53:52 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

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
Peña	Henao	Juan Carlos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 15328062	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ⊗ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 15328062 D.M. 28

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 24 MES 11 AÑO 1974	CALLE 41 59B 35 Apto 1503 Reserva de búcaros			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	BELLO		
MUNICIPIO	YARUMAL	TELÉFONO	6163980	EMAIL	jucapehe@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1993

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	12	2015	
PREGRADO	8	X		GERENCIA EN SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD	09	2003	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE AMAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* AMAGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137321520	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 76 Uribe Uribre					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3148952867	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE AMAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* AMAGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 76 Uribe Uribe						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SABANETA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SABANETA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 45 71 null SUR 24						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ALEJANDRIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ALEJANDRÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 20 19 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* 20 20 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE DON MATIAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* DONMATÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 30 29 59					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE AMAGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* AMAGÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	05	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 76 Uribe Uribe					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SABANETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SABANETA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 45 71 null SUR 24					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SABANETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SABANETA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 604288009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 45 71 null SUR 24					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE AMAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* AMAGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 76 Uribe Uribe					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DESALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ALEJANDRIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ALEJANDRÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20 19 36					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	03	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* 20 20 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	21	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ALEJANDRIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ALEJANDRÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	28	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20 19 36					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8515158	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 18 02 92 Plaza Bolivar						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DDE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8515851	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* Administración municipal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8586533	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8586533	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 20N ° 20 -35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5864081	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 03					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Calle 25 No 29a-03					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20N ° 20 -35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8515851	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Administración municipal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8586533	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20N ° 20 -35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Palacio municipal de Cañasgordas					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8517333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Palacio municipal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8517333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Administración Municipal					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ACUMULATIVO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2195162	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO -	*DEPENDENCIA* AREA DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL DE						*DIRECCIÓN* Sede Principal: Calle 67 # 53 - 108					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8517333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DESARROLLO COMUNIARIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 18 2 91					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8517333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Administración Municiapal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ACUMULATIVO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2195162	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO -	*DEPENDENCIA* AREA DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL DE						*DIRECCIÓN* Sede Principal: Calle 67 # 53 - 108					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ACUMULATIVO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2195162	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	05	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO -	*DEPENDENCIA* AREA DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL DE						*DIRECCIÓN* Sede Principal: Calle 67 # 53 - 108					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3839794	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8517333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* Administración municipal de El Peñol						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3839794	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	08	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 42B 52 106 Piso 8						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3839910	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2012	*Día*	22	*Mes*	08	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACULTAD DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* Univeridad de Antioquia - Facultad de Enfermeria						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA - HOMO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* BELLO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4547474	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECCIONAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CAD Alpujarra						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO SECCIONAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 93 34A 1						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO SECCIONAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 93 34A 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2011	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO SECCIONAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 93 34A 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	09	*Año*	2010	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO SECCIONAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 93 34A 01					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* FACULTAD DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* Universidad de Antioquia - facultad de enfermería					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACULTAD DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SONSON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SONSÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8691181	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2009	*Día*	04	*Mes*	07	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Plaza principal de Ruiz y Zapata						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SONSON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SONSÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8693887	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	11	*Año*	2008	*Día*	04	*Mes*	01	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* Parque principal						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SONSON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SONSÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8693887	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2008	*Día*	19	*Mes*	11	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 21 32 12						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BETULIA ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8436157	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20N ° 24 -14						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	11	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bello, 02 de julio de 2026

Juan Carlos Pena H.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-08 13:11

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CARLOS	PEÑA	HENAO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	15328062

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	YARUMAL

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE AMAGA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	AMAGÁ

Dirección	["Calle 51 Uribe Uribe No 50-76 \r\n"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$314.555.425,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$314.555.425,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$34.098.295,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	ANTIOQUIA	BELLO	$400.000.000,00
APARTAMENTO	COLOMBIA	ANTIOQUIA	BELLO	$200.000.000,00
CARRO	COLOMBIA	ANTIOQUIA	BELLO	$30.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
APARTAMENTO	$207.000.000,00
APARTAMENTO	$44.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA	MARIA	ARANGO	VANEGAS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 43102682

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Juan Carlos Peña Henao

SGSA-400-02-01-1491

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA

HACE CONSTAR QUE:

El señor **JUAN CARLOS PEÑA HENAO**, identificado con cédula de ciudadanía 15.328.062 de Yarumal, Antioquia, ha prestado sus servicios al municipio de Amagá, Antioquia, con la suscripción de contratos de prestación de servicios profesionales, como se detalla a continuación:

TIPO	OBJETO	INICIO	FINAL	VALOR
Contrato PSP N° 900.01.01-261 de 2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE SIN VÍNCULO LABORAL POR SU CUENTA Y RIESGO COMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALID, APOYANDO LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA	17/09/2024	31/12/2024	$20.881.000,oo
Contrato PSP N° 900.01.01-127 de 2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD, APOYANDO LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA DURANTE LA VIGENCIA 2025	06/03/2025	05/09/2025	$23.944.800,oo
Contrato PSP N° 900.01.01-351	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD, APOYANDO LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PUBLICA ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS EN SALUD DEL MUNICIPIO DE MAGA, ANTIOQUIA DURANTE LA VIGENCIA 2025.	10/10/2025	31/12/2025	$10.775.160,oo

Contrato PSP N° 900.01.01-129	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD, APOYANDO LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA DURANTE LA VIGENCIA 2026	27/01/2026	30/06/2026	$21.700.000,oo

Se expide a solicitud del interesado, a los quince (15) días del mes julio de dos mil veintiséis (2026).

JUAN DAVID LONDOÑO GIL
Secretario de Gobierno y Servicios Administrativos

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Elaboró	Gloria Patricia Jaramillo Berrío Auxiliar Administrativo		15/07/2026
Proyectó, Revisó Y Aprobó	Juan David Londoño Gil Secretario de Gobierno y Servicios Administrativo		15/07/2026
Los arriba firmantes declaran que han revisado el documento y se encuentra ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo el principio de responsabilidad se presenta para firma.			

La República de Colombia
y en su nombre

Liceo San Luis

Yarumal - Antioquia

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según **Resolución No. 10091**
del 22 de Agosto de 1.986

Confiere a:

Juan Carlos Peña Henao

Identificado con C.C **No.** 15.328.062 **de** Yarumal

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector (a)

Secretario (a)

Expedido en Yarumal, el 3 de Diciembre de 1.993

Anotado al Folio No. _____ del **Libro de Registro No.** 5[illegible]

Jefe División de Asuntos legales, registro y control de establecimientos educativos

JEFE

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

JUAN CARLOS PEÑA HENAO

Identificado con cédula de ciudadanía 15328062

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 26 DE AGOSTO DE 2016

Libro 83 Folio 166-1981 del 26 de agosto de 2016

MAURICIO ALVIAR RAMÍREZ
Rector

MARÍA ISABEL LOPERA VÉLEZ
Secretaria General

ÁLVARO DE JESÚS FRANCO GIRALDO
Decano

88983

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

Acta de Graduación 45129

DEPENDENCIA: Facultad Nacional de Salud Pública
APROBACION DEL PROGRAMA: Acuerdo Académico 22 de Feb 08 de 1995
PROGRAMA: Gerencia de Sistemas de Información en Salud

El 26 de Septiembre de 2003, se reunieron las Directivas de la Universidad de Antioquia, con el propósito de conferir el título de:

PROFESIONAL EN GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

a:

Juan Carlos Peña Henao

Identificado con cédula de ciudadanía 15328062

El secretario de la ceremonia leyó la providencia por la cual el Sr. Vicerrector de Docencia autorizó esta graduación. A continuación el presidente de la ceremonia tomó al graduando el juramento correspondiente y procedió a la entrega del Diploma y el Acta de Grado.

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

ALBERTO URIBE CORREA
RECTOR

LUIS FERNANDO RESTREPO MORENO
SECRETARIO GENERAL

OSCAR NEIRA RODRIGUEZ
DECANO

1803

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PERSONERÍA JURÍDICA LEY 71 DE 1878 DEL ESTADO SOBERANO DE ANTIOQUIA Y LEY 153 DE 1887

EN ATENCIÓN A QUE

Juan Carlos Peña Henao

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA 15328062

A COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

PROFESIONAL EN GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA EN MEDELLÍN

REPÚBLICA DE COLOMBIA, **EL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2003**

BERTO URIBE CORREA
RECTOR

LUIS FERNANDO RESTREPO ARAMBURO
SECRETARIO GENERAL(E)

ÓSCAR SIERRA RODRÍGUEZ
DECANO

23007

REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA

COPNIA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL ACTIVO

05615-144686 ANT

PROFESIONAL EN GERENCIA DE SISTEMAS DE INF. EN SALUD

DE FECHA 23/04/2015

JUAN CARLOS PEÑA HENAO

C.C. 15328062

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

PRESIDENTE DEL CONSEJO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2026-4589876

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que JUAN CARLOS PEÑA HENAO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 15328062, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de PROFESIONAL EN GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD con CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AFIN 05619-041686 desde el 23 de Abril de 2015, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 433.

2. Que el(la) CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AFIN es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AFIN se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los catorce (14) días del mes de Julio del año dos mil veintiseis (2026).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298759271

PIB
20:51:25

Bogotá DC, 01 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN CARLOS PEÑA HENAO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 15328062:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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 01 de julio de 2026, a las 20:49:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	15328062
Código de Verificación	15328062260701204940

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:52:40 PM horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **15328062**

Apellidos y Nombres: **PEÑA HENAO JUAN CARLOS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/07/2026 08:55:07 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **15328062** y Nombre: **JUAN CARLOS PEÑA HENAO.**

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. **143149322** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:27:20 horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **15328062,** Apellidos y Nombres **PEÑA HENAO JUAN CARLOS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **MUNICIPIO DE AMAGÁ**, con NIT **890981732-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

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 15328062 **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 10/06/2026 02:25 PM

Código Verificación: **3ATJ9LEXGM**

Válida hasta: **08/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN CARLOS PEÑA HENAO** identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número **15328062** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 15328062
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CARLOS PEÑA HENAO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	20/05/2003
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: 21/07/2026

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - **COLPENSIONES**

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a JUAN CARLOS **PEÑA HENAO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número 15326862, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de julio de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS

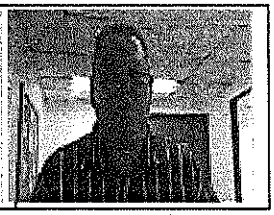
NIT 900804955-4

Calle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 314668

Fecha Examen : **05/01/2026 HORA : 12:55**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **PARTICULAR**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	*JUAN CARLOS PEÑA HENAO*			DOCUMENTO	CC - 15328062
				PROFESION	GESTOR DE SALUD
LUGAR DE NACIMIENTO	YARUMAL ANTIOQUIA			DIRECCION	CALLE 41 N 59 BB 35
F.NACIMIENTO	24/11/1974	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	6163980 -3045308498
EDAD	51 Años - 1 Meses - 12 Dias		RH: O+	MUNICIPIO	BELLO (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Postgrado	N. HIJOS :	2	A.F.P.	COLPENSIONES
CARGO A DESEMPEÑAR	ASESOR			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	05/01/2026	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	PARTICULAR

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	No realizado
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	NORMAL
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	TAMIZAJE VISUAL ALTERADO PARA VISION LEJANA- QUE CORRIGE CON GAFAS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto para el cargo sin patologia aparente	
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	X
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	

Motivo:

Aplazado	

Motivo:

No Apto para el cargo	

Motivo:

Próxima valoración ocupacional

EX. VIS.	Cerca S.L	Lejos S.L	Cerca C.L	Lejos C.L	Usa Corrección
OD	0.5 M	20/30	0.5 M	20/20	SI
OI	0.5 M	20/30	0.5 M	20/20	**Visión Cromática**
AO	0.5 M	20/30	0.5 M	20/20	Normal

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES

Refiere Vacunación COVID N4 NO RECUERDA NOMBRES

RECOMENDACIONES

CONTROL POR OPTOMETRIA PARA VALIDAR FORMULA ACTUAL

BAJAR DE PESO CONTROL POR NUTRICIONISTA

CONTINUAR CONTROLES EN EPS PARA SU PATOLOGIA DE BASE EN SEGUIMINETO

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Mantener una adecuada hidratacion.
Realizar pausas activa
IPS: Valoración por Nutricionista

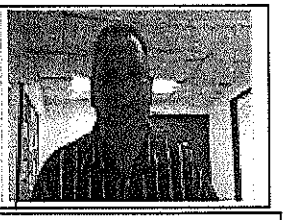
S.V.E.

Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

HIGEA SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS SAS
NIT 900804955-4
:alle 55 # 46-14 Oficina 1109 Edificio Perú Oriental - TEL: 3227042 - 314668

Fecha Examen : **05/01/2026 HORA : 12:55**
ipo de Examen : **INGRESO**
Empresa : **PARTICULAR**



Remisión EPS : NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos; acorde a la normatividad vigente.
El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346

ALEXANDRA MARCELA MAYA SUAREZ
Registro Médico : 27413999 Licencia S.O. 27413999

JUAN CARLOS PEÑA HENAO
CC - 15328062

Salud Visual Bello Comfama (2803)
Nit Ips: 811007832 Código De Habilitación Ips:
Consulta optometría general
Fecha de la atención 07/01/2026 09:49

Juan Carlos Peña Henao

Identificación	Fecha de nacimiento	Edad en la atención	Sexo
CC 15328062	24-11-1974	51 años(Adultez)	Masculino

Tipo de afiliación	Departamento	Municipio	Dirección
PARTICULAR	ANTIOQUIA	BELLO	CR 45 # 26 162 TORRE 1 APTO 308
Teléfono fijo	Otro teléfono fijo	Extensión	Correo electrónico
6046118630	3045308498	6118630 .	jucapehe@hotmail.com
Estado civil	Ocupación	Identidad de género	Grupo Poblacional
Unión libre	FUNCIONARIO PUBLICO	Hombre	Población general, Población general.
Escolaridad	Raza	Tipo de zona	Orientación sexual
Profesional	Mestizo		
País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Ciudad de nacimiento	

Nombre responsable	Parentesco	Otro

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

´ ´ POR REQUISITO LABORAL ´ ´

Enfermedad actual

PACIENTE ASESOR EN SECRETARIA DE SALUD CONSUTLA POR CONTROL VISUAL. USUARIO DE CORECCION OPTICA DESDE HACE 15 AÑOS, REFIERE BUENA VISION DE LEJOS Y CERCA CON LAS GAFAS POR AMBOS OJOS. ULTIMO EXAMEN HACE 1AÑO Y 4 MESES, NO CIRUGIA NI TRATAMIENTO EN LOS OJOS. USO DE PANTALLAS 8 HORAS. TIENE CITA DE OFTALMOLOGIA EN FEBRERO DEL 2026.

PACIENTE DIABETICO NO INSULINO RFQUIRIENTE UTLIMA HBA1C 7.16 DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025.

NO REFIERE MAS SINTOMAS NI ANTECEDENTES OCULARES.

Antecedentes Patológicos

Patología: Hipertensión arterial, No

Patología: Diabetes mellitus, Sí

Patología: Enfermedad isquémica del corazón, No

Patología: Trastorno de la Coagulación, No

Patología: Cáncer, No

Patología: insuficiencia renal crónica, No

Patología: Asma, No

Patología: EPOC, No

Patología: Enfermedad tiroidea, Sí

Patología: Trastorno del tracto digestivo, No

Patología: Epilepsia, No

Patología: Trastorno psiquiátrico, No

Patología: VIH, No

Patología: Dislipidemia, Sí

Salud Visual Bello Comfama (2803)
Nit Ips: 811007832 Código De Habilitación Ips:
Consulta optometría general
Fecha de la atención 07/01/2026 09:49

Tratamiento farmacológico actual

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LOSARTAN POTASICO/HIDROCLOROTIAZIDA 50/12.5 MG TABLETA (POS)	Dosificación	1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LOSARTAN POTASICO 50 MG TABLETA (POS)	Dosificación	1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	ROSUVASTATINA 40 MG TABLETA (CAPSULA O TABLETA) (POS)	Dosificación	1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LEVOTIROXINA SODICA 125 MCG TABLETA (POS)	Dosificación	1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG TABLETA (POS)	Dosificación	1 TABLETAS cada 12 Horas durante 12 Dias

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LINAGLIPTINA/METFORMINA (No PBS)	Dosificación	1 TABLETAS CADA 12 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	ACIDO FENOFIBRICO/ROSUVASTATINA (No PBS)	Dosificación	1 CAPSULAS CADA 24 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	ACIDO FENOFIBRICO/ROSUVASTATINA (No PBS)	Dosificación	1 CAPSULAS CADA 24 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	ACIDO FENOFIBRICO/ROSUVASTATINA (No PBS)	Dosificación	1 CAPSULAS CADA 24 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LINAGLIPTINA/METFORMINA (No PBS)	Dosificación	1 TABLETAS CADA 12 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LINAGLIPTINA/METFORMINA (No PBS)	Dosificación	1 TABLETAS CADA 12 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LINAGLIPTINA/METFORMINA (No PBS)	Dosificación	1 TABLETAS CADA 12 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LINAGLIPTINA/METFORMINA (No PBS)	Dosificación	1 TABLETAS CADA 12 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	LINAGLIPTINA/METFORMINA (No PBS)	Dosificación	1 TABLETAS CADA 12 DIAS DURANTE 30 HORAS

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	ACIDO FENOFIBRICO/ROSUVASTATINA (No PBS)	Dosificación	1 CAPSULAS CADA 24 DIAS DURANTE 30 HORAS

Salud Visual Bello Comfama (2803)
Nit Ips: 811007832 Código De Habilitación Ips:
Consulta optometría general
Fecha de la atención 07/01/2026 09:49

Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	ACIDO FENOFIBRICO/ROSUVASTATINA (No PBS)	Dosificación	1 CAPSULAS CADA 24 DIAS DURANTE 30 HORAS

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes quirúrgicos

Vasectomía

Antecedentes Familiares

No relata antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?	No	¿Ha fumado en los últimos 6 meses?	No
Clasificación	No fuma		

Exposición al tabaco **¿Fumador Pasivo?:** No

Consumo de Alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez		
¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas ¿Consume Sustancias Psicoactivas?: No

Habitos actividad fisica Realiza actividad física: No

Antecedentes oculares section

Blefaroplastia	No	Ojo seco	No
Catarata	No	Pterigion	No
Chalazión	No	Queratotomía radial	No
D.R.	No	Toxoplasmosis	No
Estrabismo	No	Tratamientos ortópticos	No
Glaucoma	No	Antecedentes traumáticos oculares	No
Lasik	No	Otro	No

AV SC

AV CC

AV CC	Anteojos

OD

Esfera	0	Cilindro	-1.50
Eje	85	Adición	1.50
AV VL	20/30	AV VP	0.75 M

Salud Visual Bello Comfama (2803)
Nit Ips: 811007832 Código De Habilitación Ips:
Consulta optometría general
Fecha de la atención 07/01/2026 09:49

OI

Esfera	-0.50	Cilindro	-1.50
Eje	90	Adici¿n	1.50
AV VL	20/20	AV VP	0.75 M

Detalle

Tipo de lente	Progresivo	Material	Policarbonato
Filtros	AR		

Observacion

Observacion	LENTES Y MONTURA EN BUEN ESTADO

Examen externo

OD

Apariencia sana	SI

OI

Observaciones	HIPERPLASIA CONJUNTIVAL NASAL GRADO 2 CONGESTIVA.VASCULARIZADA

Motilidad ocular

CT	Con corrección				
VL	ORTHO	VP	ORTHO	PPC	10 cm
Observaciones	DUCCIONES Y VERSIONES NORMALES.				

Exámenes Adicionales

Taquimetr¿a

OD	480	OI	479

Tonometr¿a

OD	12	OI	12

Angulo C¿mara Anterior

OD	VH DE3	OI	VH DE 3

Queratometr¿a

OD	43.50/44.25	OI	42.75/43.50

Oftalmoscopia

OD

Apariencia sana	Si	Exc	06

OI

Apariencia sana	Si	Exc	06

Examen refractivo y subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje
OD	-0.25	-1.50	90
OI	-0.50	-1.25	90

Salud Visual Bello Comfama (2803)
Nit Ips: 811007832 Código De Habilitación Ips:
Consulta optometría general
Fecha de la atención 07/01/2026 09:49

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	AV VL	AV VP
OD	-0.25	-1.50	85	1.75	20/20	0.50 M
OI	-0.50	-1.25	90	1.75	20/20	0.50 M

Fórmula de lentes

OD

Esfera	-0.25	Cilindro	-1.50
Eje	85	Adición	1.75
AV VL	20/20	AV VP	0.50 M
DNP	35 mm		

OI

Esfera	-0.50	Cilindro	-1.25
Eje	90	Adición	1.75
AV VL	20/20	AV VP	0.50 M
DNP	34 mm		

Detalle

RX	PARCIAL	Se da corrección óptica	Si
Uso	Permanente	DMSVO Prescrito	Lentes oftálmicos
Cantidad DMSVO Prescrito	2	Tipo de lente	Otro
Material	Policarbonato		

Recomendación no PBS

Material	POLICARBONATO
Tratamiento 1	AR CRIZAL SAPPHIRE HR UV
Progresivo	VARI PHYS 3.0
Material	POLICARBONATO
Tratamiento 1	AR CRIZAL SAPPHIRE HR UV
Progresivo	VARILUX XR DESIGN FIT

Análisis y plan

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	08-05-2021	Fecha de finalización de gestión	08-05-2021
Estado	Finalizado	Número de días	0

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Notas de análisis y plan: SE ENVIA CORRECCION OPTICA, CONTROL EN 1 AÑO, SE EXPLICA CONDICION

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
H524-PRESBICIA	Confirmado repetido

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
H522-ASTIGMATISMO	Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa / Motivo atención	Origen Común	Enfermedad general	**Finalidad de la consulta**
Diagnóstico	Diagnóstico		

Salud Visual Bello Comfama (2803)
Nit Ips: 811007832 Código De Habilitación Ips:
Consulta optometría general
Fecha de la atención 07/01/2026 09:49

Conducta a seguir

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Recomendaciones

INFORMACION PARA PERSONA CON PRESBICIA: Es la alteracion visual en donde las imagenes de cerca son borrosas a una distancia entre 30 y 50 cms, a pesar de usar la correccion visual habitual y se presenta despues de los 40 años.

INFORMACION PARA PERSONAS CON ASTIGMATISMO: Es una alteracion que produce distorsion en el contorno de las imagenes. Puede generar desenfoque en la vision lejana y/o cercana, salto de renglon en la lectura o escritura y manifestarse con dolor de cabeza, ardor e irritacion ocular.

RECOMENDACION CUIDADO DE LAS GAFAS: Debes poner y quitar las gafas con ambas manos. Evita dejarlas con los lentes hacia abajo y limpiarlas con la ropa para prevenir el rayado, lo adecuado es limpiarlos con un paño de microfibra. En caso de perdida o daño de las gafas, si la formula es menor a 6 meses puedes usarla, en caso contrario consulta nuevamente con el optometra.

RECOMENDACIONES GENERALES: No excedas el uso de pantallas por mas de 10 horas al dia y realiza descanso o pausas visuales de al menos 10 minutos cada 2 horas. Realiza actividades fisicas al aire libre minimo 1 hora diaria ya que esto evita la progresion del defecto de refraccion. Maneja una distancia de lectoescritura NO menor a 40 cms. Si en algun momento notas que requieres alejar la lectura a mas de 70 cms, debes pedir nuevamente cita con el optometra. Es ideal que siempre que estes en ambiente externo uses gafas con proteccion solar (filtro UV).

PACIENTE ASISTE ACONSULTA DE OPTOMETRIA EL DIA 7 DE ENERO DEL 2026. SE ENCUENTRA CON VISION OD 20/20 OI 20/20 CON SU CORECCION OPTICA.
NO PRESENTA ALTERACIONES VISUALES.

Nombre completo del profesional de la salud

Nombre completo: OLGA LUCIA ACEVEDO

Tipo de identificación: CC

Identificación: 1020431926

Especialidad: OPTOMETRIA

Registro médico: 1020431926

FORMATO

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, JUAN CARLOS PEÑA HENAO manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de la Entidad Contratante para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE SIN VÍNCULO LABORAL POR SU CUENTA Y RIESGO COMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA.

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el contrato cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE SIN VÍNCULO LABORAL POR SU CUENTA Y RIESGO COMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA.

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el contrato cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE SIN VÍNCULO LABORAL POR SU CUENTA Y RIESGO COMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA, nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [02] del mes de [JULIO] de 2026.

Juan Carlos Peña H.

JUAN CARLOS PEÑA HENAO
C.C. Nro. 15.328.062

FORMATO

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTOS DE INTERES

Señores
Municipio de Amagá

El Suscrito (a), JUAN CARLOS PEÑA HENAO identificado con C.C Nro. 15.328.062

CERTIFICA

Que conozco las causales de inhabilidades e incompatibilidades para contratar con entidades estatales, de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, así mismo, que conozco las sanciones establecidas por transgresión a éstas, descritas en los artículos 26 numeral 7º y 52; de igual manera, que conozco los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1 de la Ley 80 de 1993.

Declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento, para celebrar el contrato de PRESTACIÓN DE SERVCIOS PROFESIONALES.

Dado en el Municipio de Amagá, a 02 de julio de 2026.

Juan Carlos Peña H.
JUAN CRLOS PEÑA HENAO
C.C 15.328.062

SGSA-400-02-01-1406

CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA

En cumplimiento de lo preceptuado en el numeral 3 del artículo 32 de la Ley 80 de 1993, el artículo 3 del Decreto 1737 de 1998, el Decreto 2209 de 1998, articulo 2.8.4.4.5 del Decreto 1068 de 2015,

HACE CONSTAR QUE:

En la planta de personal del Municipio de Amagá, es insuficiente el personal que pueda desarrollar las actividades y obligaciones indicadas en el siguiente objeto de la contratación, frente al personal adscrito a la dependencia solicitante, de acuerdo con la información suministrada en los estudios previos sobre la idoneidad y experiencia.

OBJETO DEL CONTRATO:	SOLICITADO POR:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD, APOYANDO LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA ORIENTADA AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECOS EN SALUD DEL MUNICIPIO DE AMAGÁ, ANTIOQUIA DURANTE LA VIGENCIA 2026. CÓDIGO BPIM 2024050300024	JUAN CARLOS PEÑA HENAO C.C. 15.328.062

Conforme con lo anterior se procederá a realizar todos los trámites correspondientes que permitan contratar el servicio requerido con la idoneidad, la experiencia, la capacidad de ejecutar el objeto del contrato.

Que revisada la información que reposa a la fecha sobre personal de planta de la administración municipal, se puede evidenciar que no se cuenta con personal profesional, técnico o administrativo disponible e idóneo para garantizar el cumplimiento de las actividades previstas para el contrato de prestación de servicios.

Se expide a solicitud del interesado, a los ocho (08) días del mes julio de dos mil veintiséis (2026).

JUAN DAVID LONDOÑO GIL
Secretario de Gobierno y Servicios Administrativos

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Elaboró	Gloria Patricia Jaramillo Berrío Auxiliar Administrativo		08/07/2026
Proyectó, Revisó Y Aprobó	Juan David Londoño Gil Secretario de Gobierno y Servicios Administrativo		08/07/2026
Los arriba firmantes declaran que han revisado el documento y se encuentra ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo el principio de responsabilidad se presenta para firma.			

MUNICIPIO DE AMAGÁ

NIT: 890.981.732

PAZ Y SALVO GLOBAL

CERTIFICA:

Que el Señor(a): JUAN CARLOS PEÑA HENAO Identificado(a) con C.C. y/o Nit N° 15328062 Se encuentra a PAZ y SALVO con el tesoro municipal por todo concepto. Válido HASTA UN MES Para Contratar.

Este documento es valido hasta el sábado, 15 de agosto de 2026

LEIDY YULIANA CANO SERNA

Secretaria de Hacienda

NOTA: Los Funcionarios que expidan este Certificado son responsables de las sumas que adeuden los respectivos interesados, sin perjuicio de la sanción por el delito en que incurren de conformidad con las disposiciones del Código Penal.

FORMATO

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTOS DE INTERES

Señores
Municipio de Amagá

El Suscrito (a), JUAN CARLOS PEÑA HENAO identificado con C.C Nro. 15.328.062

CERTIFICA

Que conozco las causales de inhabilidades e incompatibilidades para contratar con entidades estatales, de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, así mismo, que conozco las sanciones establecidas por transgresión a éstas, descritas en los artículos 26 numeral 7º y 52; de igual manera, que conozco los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1 de la Ley 80 de 1993.

Declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento, para celebrar el contrato de PRESTACIÓN DE SERVCIOS PROFESIONALES.

Dado en el Municipio de Amagá, a 02 de julio de 2026.

Juan Carlos Peña H.
JUAN CRLOS PEÑA HENAO
C.C 15.328.062

Certificación
Bancaria

Viernes, 19 de junio de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN CARLOS PEÑA HENAO identificado(a) con CC 15328062, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	10262605585	2005-02-03	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

JUAN CARLOS PEÑA HENAO

C.C 15.328.052

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 09 de enero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 76141663000


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

JUAN CARLOS PEÑA HENAO

C.C 15.328.062

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 29 de enero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611162312121


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

JUAN CARLOS PEÑA HENAO

C.C 15.328.062

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

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 09 de enero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7614166631206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

FUNCIÓN PÚBLICA

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

JUAN CARLOS PEÑAHENAO

C.C 15.32[illegible]

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 12 de enero 2023

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 2-[illegible]