

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO
VERSIÓN
VIGENCIA

TH_FTO_10
05
30/04/2026

OK

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

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

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

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

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

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

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

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.



**COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES**

Soacha, 21 de Julio de 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Juan Manuel Cometa Bello

Cargo: Gestor Comunitario

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

Cordialmente,



Juan Manuel Cometa

CC: 1014658104

Dirección: Diagonal 9 #4B-90

Email: juancometabello554@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3043274847



JUAN MANUEL COMETA BELLO

PERFIL

Estudiante de Ingeniería Civil en sexto semestre de la Universidad Católica de Colombia, con formación en supervisión de proyectos de construcción, control de calidad y gestión de recursos en obra. Con habilidades en el uso de software técnico como AutoCAD y Civil 3D para la planificación y diseño de proyectos. Comprometido con la eficiencia y la precisión en la ejecución de proyectos y el aprendizaje continuo en el campo de la construcción.

IDIOMAS

- Español nativo.
- Inglés intermedio.



+57 3043274847



Diagonal 9 No 4B-90 Apt
304 torre8



juancometabello554@gmail.com

EDUCACIÓN

- Universidad Católica De Colombia
Ingeniería Civil (en curso, próximo a iniciar 7mo semestre)
Febrero 2022 - Presente
- Colegio Gimnasio La Alameda
Bachiller grado 11
2021

EXPERIENCIA

SENA SERVICIO NACIONAL DE
APRENDIZAJE SOACHA
INSTRUCTOR area de Ingenieria civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.014.658.104

COMETA BELLO

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-2004

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

B+

ESTATURA

G.S. RH

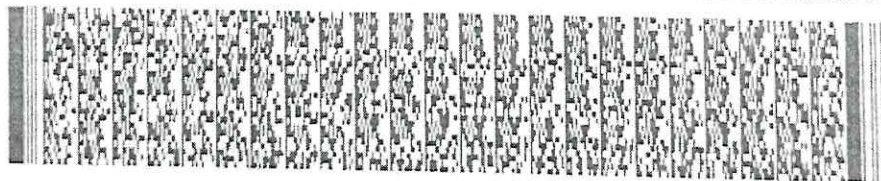
M

SEXO

04-OCT-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1524750-01385652-M-1014658104-20231005

0136378277A 1

8509727998



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

CERTIFICA

Que el señor JUAN MANUEL COMETA BELLO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1014658104, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: JUAN
Segundo Nombre: MANUEL
Primer Apellido: COMETA
Segundo Apellido: BELLO
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 1014658104
Razón para el estado: Inscripción
Estado del ciudadano: Registrado

**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 12 días del mes de Enero de 2026, a las 6:28:58 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DÍAZ SÁNCHEZ

Generó: Sistema de Información
de Reclutamiento

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

PATRIA HONOR LEALTAD

Carrera 11B No 104ª – 64 Piso 4º
Bogotá, D.C.

corec@ejercito.mil.co <http://www.ejercito.mil.co/> www.reclutamiento.mil.co



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299328659



PIB

16:05:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 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 MANUEL COMETA BELLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1014658104:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 11 de julio de 2026, a las 16:09:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1014658104
Código de Verificación	1014658104260711160911

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 04:11:06 PM horas del 11/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1014658104**

Apellidos y Nombres: **COMETA BELLO JUAN MANUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



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, 11/07/2026 04:13:10 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **1014658104** y Nombre: **JUAN MANUEL COMETA BELLO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

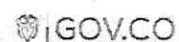
De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **143743259** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir



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





MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1014658104 **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 11/07/2026 04:23 PM



Código Verificación: CQLE8N46TK

Válida hasta: 09/10/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:25:27 horas del 11/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1014658104**, Apellidos y Nombres **COMETA BELLO JUAN MANUEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**, con NIT **800006850-0** 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



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

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

[Búsqueda](#) [Mis procesos](#) [Menú](#) [Ir a](#)[Buscar...](#)

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES
RECIENTESNo se han
encontrado

0

0

0

0

0

[Suscripciones](#)[En edición](#)[Adjudicaciones pendientes](#)[Invitaciones directas](#)[Nuevos informes](#)ÚLTIMAS
OFERTASNo se han
encontrado

Sugerencias SECOP

El Servicio de
proveedor ya se
encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a
una empresa

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

Mensaje [Todos](#)

Sin mensajes...

[Más información](#)Oportun [Recibidas](#)

Sin oportunidades

[Más información](#)

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 1 Inscripción				4. Número de formulario 141186945688	
				 (415)7707212489984(8020) 000014118694568 8	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 4 6 5 8 1 0 4		6. DV 4	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 1 4 6 5 8 1 0 4	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido COMETA		32. Segundo apellido BELLO		33. Primer nombre JUAN	
				34. Otros nombres MANUEL	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4	
i. Dirección principal DG 9 # 4 B - 90 AP Apto 304 torre 8					
42. Correo electrónico juancometabello554@gmail.com					
43. Código postal 1 1 1 9 3 1		44. Teléfono 3 0 4 3 2 7 4 8 4 7			
45. Teléfono 2					
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 2 9 9	2 0 2 5 0 6 1 1			1 2	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2025-06-17 / 08:12:27PM					
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 COMETA BELLO JUAN MANUEL					
985. Cargo Contribuyente					

	FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO 45	
			Version	0	
			Vigencia	6/07/2022	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2026-07-12	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUB	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
COMETA	BELLO	JUAN	MANUEL		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		1014658104	BOGOTA	2022-10-04	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
2004-08-26	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		0	0	3043274847	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA				PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:				CONTRATISTA	
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	
VAGONAL 9 #4B-90		SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
JUANCOMETABELLOS54@GMAIL.COM		N/A	PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	
N/A		N/A	N/A	N/A	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐					
PASAPORTE ☐		OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <u>Gestor comunitario</u>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA: ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA ☐ ICA ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA 8099 ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA ESE Región de Salud Soacha		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT 800006850-3		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐ EXTRACTIVA ☐ MINERA ☐ TRANSORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL:			

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45	
				Version		0	
				Vigencia		6/07/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
Calle 13 No. 10 - 60 Soacha		730 92 30		SOACHA		CUNDINAMARCA	
CARGO ACTUAL		GESTOR COMUNITARIO		FECHA VINCULACION			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2,000,000	GASTOS FAMILIARES	\$ 1,500,000	AHORROS	\$ 4,000,000	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 0	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 1,500,000
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	2,000,000	TOTAL EGRESOS	\$ 1,500,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 4,000,000	TOTAL PASIVOS	\$ 1,500,000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
BERNAL		MELO		JOHAN		SEBASTIAN	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
TRANSVERSAL 4B #5-41		SOACHA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA		AMIGO		0	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BANCOLOMBIA		AHORROS		91279478989	SOACHA	0	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A		N/A		N/A	N/A		N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:						CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐							
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción": 1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): Gestor Comunitario 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante							

	FORMATO SARLAFT	Código	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 300006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN MANUEL COMETA BELLO identificado(a) con CC. 1014658104 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2026/07/22
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 22 días del mes de 07 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN MANUEL COMETA BELLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 1014658104**, se encuentra afiliado/a desde **19/08/2025** 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 22 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.



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Cometa		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Bello		NOMBRES Juan Manuel	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1014658104		GÉNERO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 26 MES 08 AÑO 2004		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DIAGONAL 9 4B 90			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO CUNDINAMARCA	
DEPTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO SOACHA			
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO 3043274847		EMAIL juancometabello554@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2021	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8		X	INGENIERIA CIVIL			

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 HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	10	Mes	03	Año	2026	Día	10	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL #573 APOYO GESTION CON POBLACI		DEPENDENCIA ACTIVIDADES COMUNITARIAS						DIRECCIÓN CALLE 13 9 85					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 18002356		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	09	Año	2025	Día	22	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1972 INSTRUCTOR		DEPENDENCIA A FINES INGENIERIA CIVIL						DIRECCIÓN CALLE 13 4 26					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD JUNTA DE ACCION COMUNAL HUNGRIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3012002253			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	05	Mes	11	Año	2023	Día	08	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AREA INGENIERIA CIVIL			DEPENDENCIA A FINES INGENIERIA CIVIL					DIRECCIÓN VIA SOACHA-PASCA KILOMETRO 22 CORREGIMIENTO 1			

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Soacha, 23 de Julio de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Juan Manuel Cometa Bello

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1014658104

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: DIAGONAL 9 4B 90

TELÉFONO: 3043274847

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NIKOL MARIANA COMETA BELLO	1007664916	HERMANO(A)
VALERIA COMETA BELLO	1014665478	HERMANO(A)
ARGENIZ BELLO BELLO	39671472	MADRE
JHON PEDRO COMETA BELLO	7702077	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$2.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$2.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	91279478989	SOACHA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	MUEBLES	3.100.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad SI NO
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO

Soacha, 12 de Julio 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

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

Soacha, 21 de Junio de 2026

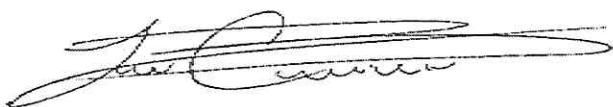
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Juan Manuel Cometa Bello, identificado(a) con cedula No.1014658104 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Gestor Comunitario, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,



C.C. 1014658104

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

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

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

Soacha, 13 de Julio 2026

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

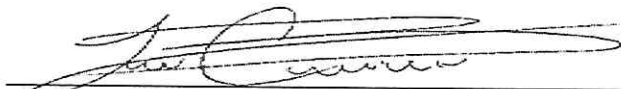
E. S. M.

Yo Juan Manuel Cometa Bello identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1014658104 de Bogotá por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,



C.C. No. 1014658104 De Bogotá

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

ARL Colpatina

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Juan Manuel Cometa Bello
 N.º Documento: 1014658104
 Fecha de Nacimiento: 26 de agosto de 2004
 Dirección: Diagonal 9 #4B-90
 Teléfono. Fijo – Celular: 3043274847
 E-mail: juancometabello554@gmail.com
 EPS: Famisanar
 AFP: Colpensiones
 Firma Contratista: 

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



PRORROGA DE CONTRATO DE INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL INDEPENDIENTE

Tipo de documento: 1
Número de documento: 1014658104
Nombre: JUAN MANUEL COMETA BELLO
Fecha Fin contrato: 31/08/2026
Número contrato: 15253
Fecha hora transacción: 24/07/2026 10:48:48 p. m.
Nueva Fecha Fin contrato: 31/10/2026

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

Soacha, 13 de Julio 2026

Señores:

Colegio Alameda

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

Bachiller

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Nº Documento 1014658104

Dirección de contacto Diagonal 9 #4B-90.

Teléfono 3043274847

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

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

Yo, Juan Manuel Cometa Bello, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1014658104, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

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

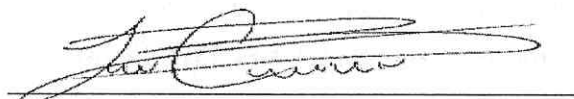
Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los, 13 días del mes Julio del 2026



Firma y huella



Celular No. 3043274847

Correo institucional juancometabello554@gmail.com

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 13 de Julio de 2026.

Señores

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

Yo Juan Manuel Cometa Bello con C.C. 1014658104 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,



C.C. 1014658104

Colombia



Salud

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 9c04d60-8a84-40d4-bc92-f0154f9a0d44

JUAN MANUEL COMETA BELLO

Tpo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

Fecha de nacimiento / Date of birth

País nacimiento / Country of birth

1 0 1 4 6 5 8 1 0 4

26/08/2004

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

NO REGISTRA

[illegible]

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
INGRESO
OTROS



Fecha: 19/Ago/2023, Hora: 09:23:19 a.m.

Apellido: COMETA BELLO

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 1014658104

Dirección: DIA 9 N 4B-90

Estado Civil: Soltero

EPS: FAMISANAR

Empresa: Particular

Cargo: CONTRATISTA

IPS que Atendió: Ciudad de Atención:

HC: # 82905

Nombre: JUAN MANUEL

Sexo: Masculino ♂

ARI: AXXA COLPATRIA

Ciudad: SOACHA - CUNDINAMARCA

Edad: 20 años

Rh: B+

Nacim: 26/Ago/2004

AFP: COLPENSIONES

Exámenes Realizados

Examen Médico Ocupacional Básico, Glicemia, Osteomuscular, Perfil lipídico, Test Psicológico 16 PF., Visiometría.

Concepto

APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS

Otras: * ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.

* SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA.

* REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA.

* DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL.

* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

- RESTRICCIÓN: REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES USO DE LA CORRECCIÓN PERMANENTE. CONTROL POR OPTOMETRIA EN 6 MESES SE RECOMIENDA ACTUALIZAR GAFAS.

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido. VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO.

Dra. Julibeth E. Brito Escudero
Médico Esp: SST
C.C. 5334/2023

JULIBETH ESTHER BRITO.ESCUADERO
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Lic. de S.O #: 5334/2023



JUAN MANUEL COMETA BELLO
CC 1014658104

Huell
Digit

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Visiometria INGRESO



Fecha: 19/Ago/2025, Hora: 09:23:19 a.m.

Apellido: COMETA BELLO

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 1014658104

Direccion: DIA 9 N 4B-90

Estado Civil: Soltero

EPS: FAMISANAR

Empresa: Particular

Cargo: CONTRATISTA

IPS que Atendio: Ciudad de Atención:

HC: # 82905

Nombre: JUAN MANUEL

Sexo: Masculino

Edad: 20 años

Rh: B+

Nacim: 26/Ago/2004

AFP: COLPENSIONES

ARL: AXXA COLPATRIA

Ciudad: SOACHA- CUNDINAMARCA

Antigüedad en la Empresa

INGRESO

Antigüedad en el Cargo

INGRESO

Antecedentes					
Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermotropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermotropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	Si				

Correccion

Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	Si
Permanentes	Si
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion

Agudeza Visual	Vision de Lejos SC	Vision de Cerca SC	VL CC	VP CC	ADD
O.D.	20/80	20/25			
O.I.	20/80	20/25			
A.O.	20/70	20/25			

Examen Externo

Percepción del Color	Convergencia
Percepcion Anormal	No
	Lejos
	Cerca

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo

Agudeza Visual Normal

X

X

X

X

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

X

X

X

Inadecuadamente Corregida

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

No Corregida

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para Si X No Valoracion por Si X No Valoracion por Si No Se recomienda control de en 6 Meses
laborar No Optometria No Oftalmologia X Visiometria

Conducta

RESTRICCIÓN: REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES USO DE LA CORRECCIÓN PERMANENTE. CONTROL POR OPTOMETRIA EN 6 MESES SE RECOMIENDA ACTUALIZAR GAFAS

Laura Esthefany Rodriguez

LAURA ESTHEFANY RODRIGUEZ
GUTIERREZ
Optómetra
Registro #: 1018480774



Juan Manuel Cometa Bello

JUAN MANUEL COMETA BELLO
CC 1014658104

Huell
Digit

IPS

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com



SERVIR I.P.S.
Profesionales en Salud Ocupacional y Calidad
INFORME PSICOLÓGICO 16 PF CATTEL

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES: JUAN MANUEL COMETA BELLO

EDAD: 20 AÑOS

FECHA NACIMIENTO: 26/08/2004

C.C: 1014658104

CARGO: CONTRATISTA

EMPRESA: SENA

FECHA DE EVALUACION: 19/08/2025

II. MOTIVO DE EVALUACION

VALORACION PSICOLOGICA

III. PERSONALIDAD Y VALORES

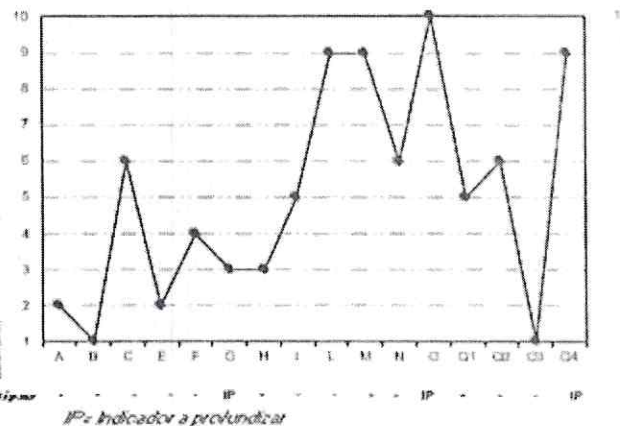
PRUEBA APLICADA: Prueba 16PF

RESULTADOS:

Según las respuestas obtenidas en la aplicación de la prueba, análisis situacional y constitucional y basándose en los patrones de evaluación, se percibe los siguientes rasgos de personalidad en el individuo:

ANÁLISIS GRÁFICO FACTORES PRINCIPALES

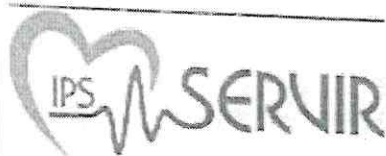
6	A	Reservado/Abierto	2
2	B	Rto.Concreto/Abstracto	1
18	C	Inestabilidad/Estabilidad emocional	6
6	E	Sumiso/Dominante	2
12	F	Prudente/Impulsivo	4
11	G	Despreocupado/Escrupuloso	3
10	H	Timido/Espontáneo	3
9	I	Racional/Emocional	5
13	L	Confiado/Suspica	9
17	M	Práctico/Soñador	9
11	N	Sencillo/Astuto	6
18	O	Seguro/Inseguro	10
9	Q1	Tradicionalista/Innovador	5
8	Q2	Dependencia Del Grupo/Autosuficiencia	6
6	Q3	Desinhibido/Controlado	1
16	Q4	Tranquilo/Tensionado	9



ANÁLISIS DESCRIPTIVO FACTORES PRINCIPALES

A= Persona que da pocas demostraciones de afecto, generalmente es retraída, fría. Le gusta más trabajar sola. Es indiferente hacia actos sociales.

B= Dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. De juicio intelectual pobre.



SERVIR I.P.S
Profesionales en Salud Ocupacional y Calidad
INFORME PSICOLÓGICO 16 PF CATTEL

C= Persona con mediana fuerza del ego. En algunas ocasiones se puede mostrar inestable emocionalmente, su manejo de la realidad no es del todo estructurado.

E= La persona es sumisa, cede fácilmente ante los demás, es dócil y conformista. Es modesta, humilde y obediente.

F= Es una persona con un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsiva.

G= La persona suele ser inestable en sus propósitos. Demuestra alta despreocupación y muy poca consideración por las normas de la sociedad.

H= Suele ser tímida, muy retraída. Se muestra cohibida y con falta de confianza en sí misma. Puede presentar sentimientos de inferioridad. Se retrae fácilmente ante el sexo opuesto.

I= La persona actúa con igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento.

L= Es una persona, celosa, desconfiada de las situaciones y de la gente. Insiste en hacer comprender su opinión, busca y exige que los demás reconozcan los errores que han cometido.

M= Persona muy imaginativa, se abstrae mucho en sus pensamientos. Se entusiasma rápidamente, cambia y abandona las ideas bruscamente. Vive centrada más en sí misma que en la realidad.

N= Puede ser sencilla e ingenua socialmente o calculadora en ocasiones.

O= Es una persona insegura, intranquila, preocupada y deprimida. Se culpa por sus acciones erradas. Se afecta con facilidad, es muy sensible a la aprobación de los demás.

Q1= Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista.

Q2= Tiende a ser autosuficiente e ingeniosa, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por sí misma. Valora la privacidad y la libertad de escoger.

Q3= Da poca importancia a como la perciben los demás y suele hacer lo que desea. Tiene poco autocontrol. Mantiene poca congruencia entre su auto concepto percibido y deseado.

Q4= Es una persona con características de estar tensa, excitable e intranquila. Puede presentar bloqueos de ansiedad.

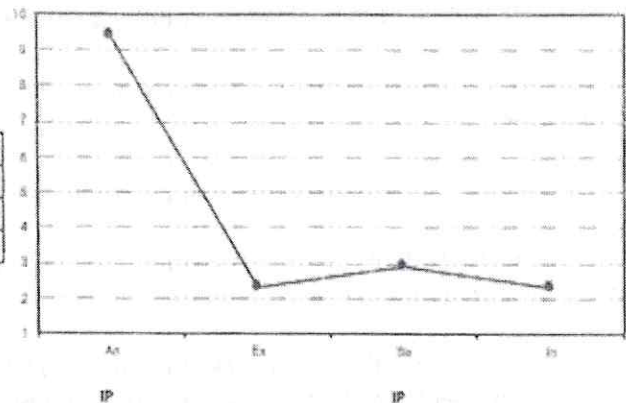


SERVIR I.P.S
Profesionales en Salud Ocupacional y Calidad
INFORME PSICOLÓGICO 16 PF CATTEL

ANÁLISIS GRAFICO DIMENSIONES GLOBALES

An	Baja/Alta Ansiedad	9.4
Ex	Introversión/Extraversión	2.3
So	Baja/Alto control social	2.9
In	Dependencia/Independencia	2

Factores de Segundo Orden



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DIMENSIONES GLOBALES

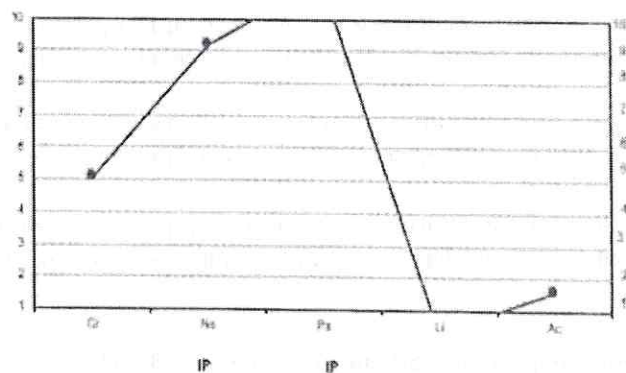
Puntuaciones Altas:

(An) **Ansiedad = 9.4:** Ansiedad alta, puede presentar un desajuste o estar insatisfecho con la posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea.

ANÁLISIS GRAFICO ECUACIONES DERIVADAS DEL PERFIL

Cr	Creatividad	5
Ne	Neuroticismo	9
Ps	Psicoticismo	11
Li	Liderazgo	0
Ac	Libres de accidentar	2

Ecuaciones Derivadas de Perfiles



Según lo reflejado en los elementos derivados del perfil, se manifiesta como una persona con un nivel de creatividad intermedia en la realización de sus actividades. Posiblemente se muestre inestable e inseguro emocionalmente, manteniendo un nivel alto de ansiedad y angustia. Puede llegar a ser una persona que muestre característica de conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía. De igual forma puede llegar a ser egocéntrica, pero también creativa, objetiva, realista, competitiva, original y crítica. Se refleja como una persona medianamente sociable y amable con los demás, lo que conlleva



SERVIR I.P.S
Profesionales en Salud Ocupacional y Calidad
INFORME PSICOLÓGICO 16 PF CATTEL

a que se desenvuelva con dificultad dentro del grupo. Es muy probable que no se desempeñe bien en el papel de líder. Refleja respeto por las normas, no es propenso a sufrir un incidente o accidente laboral.

Persona con un patrón de personalidad normal, y psicosisismo alto.

PERSONA QUE EVALUA


Iván Mauricio Novoa Pulido
T.P. 233565
PSICÓLOGO ESPECIALISTA SST
RES. 19007

Iván Mauricio Novoa Pulido
T.P. 233565
PSICÓLOGO ESPECIALISTA SST
RES. 19007

Resultados
Laboratorios



Fecha: 19/Ago/2025, Hora: 09:23:19 a.m.
Apellido: COMETA BELLO
Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1014658104
Direccion: DIA 9 N 4B-90
Estado Civil: Soltero EPS: FAMISANAR
Empresa: Particular
Cargo: CONTRATISTA
IPS que Atendio: Ciudad de Atención:

HIC: # 82905
Nombre: JUAN MANUEL
Sexo: Masculino ♂
Rh: B+
Nacimiento: 26/Ago/2004
AFP: COLPENSIONES
Ciudad: SOACHA- CUNDINAMARCA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	-----------------------

Glicemia Basal	103 mg/dl	70 a 110 mg/dl
----------------	-----------	----------------

Perfil lipídico		
Colesterol Total	196 mg/dl	0 a 200 mg/dl
Colesterol H.D.L. Alto riesgo menor de 35 mg/dl	38 mg/dl	> 55 mg/dl

Colesterol L.D.L. Riesgo moderado menor de 150 mg/dl Alto riesgo mayor a 150 mg/dl	120.8 mg/dl	0 a 160 mg/dl
--	-------------	---------------

Triglicéridos Sérico	186 mg/dl	< 160 mg/dl
----------------------	-----------	-------------

ESTEVAN ANTONIO MARIN GARCIA
BACTERIOLOGO
Registro #: 5874173



JUAN MANUEL COMETA BELLO
CC 1014658104

Huell
Digit

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha

Tel.: 900 21 46

Cel: 312 511 87 55

E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com



La República De Colombia,

el Ministerio de Educación Nacional y en su nombre, el

Gimnasio La Alameda

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución 0813 del 25 de mayo de 2021

Confiere a:

Juan Manuel Cometa Bello

TI. 1.014.658.104 Bogotá

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de educación media académica, según lo establecido en la ley 115 de
1994, el Decreto Único del Sector Educación 1075 de 2015,
nuestro P.E.I. y demás normas vigentes

La Gloria Bogotá de Rodríguez
C.C. 20.937.905
Rectora

Maria Lucia Valencia Guacaneme
C.C. 51.840.749
Secretaria Académica





Gimnasio La Alameda

No hay excelencia sin exigir

NIT. 900.018.821-4 | Código Dane: 325754001450

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En el municipio de Soacha (Cundinamarca), a los 3 (tres) días del mes de diciembre del año 2021 (dos mil veintiuno), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado undécimo, las suscritas Rectora y Secretaria Académica en la rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA GIMNASIO LA ALAMEDA LTDA**, institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución 0813 del 25 de mayo de 2021.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

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

JUAN MANUEL COMETA BELLO

T.I. 1.014.658.104 de Bogotá D.C.

Es fiel copia, tomada del Libro de Actas General de Graduandos, folio 3 de fecha 3 de diciembre de 2021, que consta de 31 graduandos, que comienza con el nombre de **Ana Sofía Amaya Vásquez** y se cierra con el nombre de **Melany Vallejo Mejía**.

Dada en Soacha (Cundinamarca), a los 3 (tres) días del mes de diciembre del año 2021 (dos mil veintiuno).

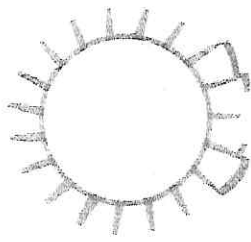
Lic. Gilma Bogotá de Rodríguez
Rectora
C.C. No. 20.937.905 de Soacha

Maria Lucia Valencia G.

María Lucía Valencia Guacaneme
Secretaria Académica
C.C. No. 51.840.749 de Bogotá D.C.

Resolución 0813 del 25 de Mayo de 2021 y Resolución 1053 del 19 de Julio de 2021
emanadas por la Secretaría de Educación de Cundinamarca

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA



CERTIFICA QUE:

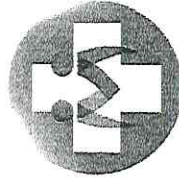
Juan Manuel Cometa Bello

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: febrero 9, 2026



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



