| | | |
|---|---|---|
| | MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES<br>DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR<br>SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA<br>GRUPO DE TALENTO HUMANO | Formato hoja de ruta contratos DIGSA<br>Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA- FU.95.1-50<br>Proceso: Administración del Talento Humano |

**NOMBRE SERVIDOR PUBLICO: JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA** **CEDULA 1077226814**

| No. | REQUISITO EXIGIDO | OBSERVACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Autorización Director de ESM | | | |
| 2 | Plan de necesidades | | | |
| 3 | Requerimiento del cargo | | | |
| 4 | Certificado de idoneidad | | | |
| 5 | Estudio previo | | | |
| 6 | Acta de compromiso de confidencialidad | | | |
| 7 | Formato único hoja de vida impreso donde se certifique losdocumentos del SIGEP II así;<br>☐ Talento humano deben verificar los soportes de la información registrada.<br>☐ El contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudio y experiencia laboral.<br>☐ El formato único hoja de vida impreso del SIGEP II, debe estar debidamente firmado (firma, posfirma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar.<br>☐ Tiempo de experiencia certificados de experiencia.<br>☐ Documentos adicionales<br>☐ Tarjeta y resolución de la profesión.<br>☐ Procuraduría<br>☐ Contraloría<br>☐ Policía Judicial<br>☐ Rut | Artículo 18 de la Ley 909 de 2004 | | |
| 8 | https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ o siguiente enlace https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012<br><br>☐ Declaración de conflictos de intereses particulares<br>☐ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios<br>☐ Declaración de bienes y renta | Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019. **Recuerde que los datos de acceso son diferentes al portal de SIGEP** | | |
| 9 | **BLS** (Soporte Vital Básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial.<br>**BLS-ACLS** (Curso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros, Terapeutas Respiratorios, médicos y especialistas.<br>**Certificado curso de Humanización del Servicio.**<br>**Certificado capacitación de atención a Víctimas de Violencia Sexual** para el personal de los servicios de consulta externa, hospitalización y servicios de prioritaria, establecidos en la resolución 459 de 2012.<br>**Declaración escrita de objeción de conciencia** en la salud en caso que aplique para Ginecólogo y Medico General. | Resolución 003316 de 2019<br>Resolución 3100 de 2019<br>Resolución 459 de 2012.<br>Resolución 380/2018 del MSPS<br>Sentencia C-355 del 2006 | | |
| 10 | Declaración de bienes y rentas LLENAR EL FORMATO | | | |
| 11 | Certificación bancaria actualizada en original | No mayor a 90 días | | |
| 12 | Fotocopia cédula de ciudadanía. | | | |
| 13 | Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique) | | | |
| 14 | Fotocopia diploma bachiller y acta de grado | | | |
| 15 | Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s). | | | |
| 16 | Fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s) | | | |
| 17 | Oficio de entrega del ESP con nombre cedula y profesión. | | | |
| 18 | Certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal) | No mayor a 90días | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19 | Certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de larepública) | No mayor a 90días | | |
| 20 | certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación) | No mayor a 90 días | | |
| 21 | Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL **(RNMC).** | No mayor a 90 días | | |
| 22 | Registro único tributario (se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la DIAN – consulta estado del rut https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces) | | | |
| 23 | PANTALLAZO IMPRESO EN EL CUAL CERTIFIQUE QUE SE ENCUENTRA EL PRESTADOR DE SERVICIOS INSCRITO EN EL SECOP II SE PUEDE INGRESAR EN EL SIGUIENTE LINK https://community.secop.gov.co/STS/users/login/index?skinname=CCE | | | |
| 24 | Constancia de afiliación al sistema integral de seguridad social en salud, pensión, deben incluir consulta página web **RUAF** | Realizar cambio de afiliacion EPS-ARL. | | |
| 25 | 1. Todo el personal debe presentarse en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo para realizar la afiliación a Riesgos Laborales.<br>2. Entregar copia de certificación de afiliación a la ARL donde se verifique el NIT de la Regional o DISAN, en la oficina de contratos (se aclara que riesgos laborales se debe incluir en la carpeta maestra una vez suscrito el contrato, Personal tecnólogo en imágenes diagnosticas debe estar afiliados en Riesgo V. | No puede iniciar su ejecución contractual sin estar afiliado a Riesgos Laboral | | |
| 26 | Acta de compromiso de cumplimiento de las normas de bioseguridad. | Formato SG-SST DIGSA | | |
| 27 | Certificado de exámenes ocupacionales de ingreso: con énfasis osteomuscular, visiometría y audiometría. | El examen tiene vigencia 3 años si no deja de trabajar continuamente. | | |
| 28 | Todo el personal debe solicitar en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo ***"Formato de requisitos de vacunación según el cargo"*** (este formato será revisado y aprobado por la oficina de SST en vista que es requisito para continuar el proceso de contratación)<br><br>☐ Actividades administrativas de archivo (**Toxoide Tetánico y Difteria**<br>☐ Actividades netamente administrativas en zonas endémicas.<br>☐ Actividades de servicios generales y mantenimiento<br>☐ Actividades de manipulación de alimentos<br>☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos.<br>☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos **(Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA, Neumococo)**<br>☐ Actividades únicamente asistenciales: **(Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza estacional, Fiebre amarilla; Varicela, Triple Viral, DPTA, Neumococo, Toxoide Tetánico y Difteria)** | | | |
| 29 | Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el (RETHUS) de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. (PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud. | | | |
| 30 | Anexo G "datos generales" | | | |
| 31 | Concepto evaluación psicología | **No mayor a un año** | | |
| 32 | Pacto de integridad | | | |
| 33 | DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES | | | |
| 34 | REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS | | | |

Fecha Elaboración: 21 Julio 2026
Firma:
Posfirma: Sandra Rojas
Grado - Nombres y Apellidos Sandra Rojas
Funcionario responsable manejo expediente
Fecha Elaboración: 21 Julio 2026




**Nombre:** **Juan Diego España Losada**

**Cédula:** 1077226814

**ReTHUS:** 1394

**Fecha de nacimiento:** 20 de junio de 2006

**Teléfono:** 3043253537

**Dirección:** Calle 43 #22-50 Villa Nubia

**Ciudad:** Neiva-Huila

**Correo:** penalosadajuandiego@gmail.com


## Perfil profesional

.

Auxiliar de Enfermería egresado de CESALUD, con sólida formación en atención integral al paciente, toma de muestras clínicas, vacunación y administración de medicamentos bajo estrictos protocolos de bioseguridad con competencias técnicas en el control de signos vitales, cuidado de heridas, canalización de vías periféricas y manejo de historias clínicas; asimismo, destaca por su empatía, comunicación asertiva, tolerancia a la presión y una constante disposición al aprendizaje continuo orientado a la excelencia en el servicio de salud.

Profesional responsable, comprometido y dinámico, con alta capacidad para el trabajo en equipo multidisciplinario.

## Formación académica

**Institución:** Centro De Educación Para El Trabajo Y Desarrollo Humano CESALUD

**Titulación:** Técnico En Competencias Laborales En Auxiliar De Enfermería. Fecha De Graduación: 22 de mayo de 2026.

## Diplomados y cursos

**Institución:** Centro de educación para el trabajo y desarrollo humano CESALUD

**Curso:** Atención integral de víctimas de violencia sexual resolución 459/2012 fecha de graduación: 21 de mayo de 2026

**Institución:** Centro de educación para el trabajo y desarrollo humano CESALUD

**Curso:** Iniciativa a instituciones amigas de la mujer y la infancia y asesor en lactancia materna. Fecha de graduación: 21 de mayo de 2026

**Institución:** Centro de educación para el trabajo y desarrollo humano CESALUD
**Curso:** Teórico - Práctico en toma e interpretación de citologías cérvico - Uterina. Fecha de graduación: 21 de mayo de 2026

**Institución:** Centro de educación para el trabajo y desarrollo humano CESALUD
**Curso:** Atención integral a las personas con enfermedades de Alzheimer y otras demencias. Fecha de graduación: 21 de mayo de 2026.

## Prácticas

**Empresa:** Carmen Emilia Ospina.

**Cargo:** Auxiliar de enfermería, urgencias y consulta externa.

**Empresa**: Hospital universitario y hogar geriátrico Casa Caya.
**Cargo:** Auxiliar De Enfermería: Medicina Interna Y Quirúrgico.

**Empresa:** Hospital Universitario.
**Cargo:** Auxiliar de enfermería gineco obstetricia, sala de partos y pediatría.

## Referencias Familiares

**Nombre:** Leidy Johanna Losada Celada

**Cargo:** Auxiliar de enfermería

**Entidad:**

**Celular:** 3183672685

**Nombre:** Christian Olmedo Losada Celada

**Cargo:** Auxiliar de enfermería

**Entidad:**

**Celular:** 3214574203

## Referencias Personales

**Nombre:** Heidy Samara Trujillo Berjan

**Cargo:** Auxiliar de enfermería

**Entidad:**

**Celular:** 31069562553.

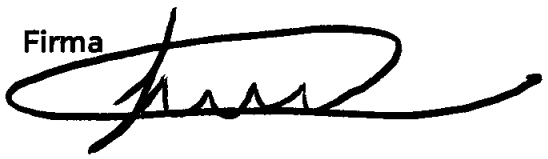
**Nombre**: Mg. Pedro Luis Huergo Tobar

**Cargo**: Profesor Catedrático

**Entidad:** Universidad Surcolombiana, Universidad del Tolima, Escuela de administración pública y territorial-ESAP.

Celular: 3104493682.

**Firma**



**Juan Diego España Losada**

**CC. 1077226814 de Neiva (H).**

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 |
|---|---|---|
| España | Losada | Juan Diego |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1077226814 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 20 MES 06 AÑO 2006 | CALLE 43N 22 50 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | HUILA |
| DEPTO | HUILA | MUNICIPIO | NEIVA | | |
| MUNICIPIO | NEIVA | TELÉFONO | 3043253537 | EMAIL | penalosadajuandiego@gmail.com |

## 2 FORMACION ACADEMICA

***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 | 11 | AÑO | 2024 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***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 | |
| PREGRADO | 3 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 05 | 2026 | |

## 3 EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| CESALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 05 | 2026 |
| IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 45 | X | | HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD | 07 | 2026 |
| IDEAS MEDICA AVANZADAS EN SALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 45 | X | | SOPORTE VITAL BASICO | 07 | 2026 |

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | | Mes | | Año | | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| 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 | | | | | |

## 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 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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* Neiva Julio 2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Neiva - Huila - Julio 2026

*Ciudad y fecha*

Sandra Bibiana

*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 | 2026-07-12 18:44 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| JUAN | DIEGO | ESPAÑA | LOSADA |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1077226814 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | HUILA | Municipio | NEIVA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | HUILA | Municipio | NEIVA |

| | |
|---|---|
| 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 | DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1 |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
| Dirección | ["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"] | | | | |
| 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 | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $0,00 |

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 | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 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 [ ] No [X]

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 [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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:

| |
|---|
| |

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**NIT 901.513.529-4**

Certifica que:

## JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA

**IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.077.226.814**

**Asistió al Curso de:**

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

**Intensidad Horaria de 45 Horas.**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 10 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**
**GERENTE GENERAL**

**Dancy Sidney Monje Perez**
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION **321 405 9500.**

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**NIT 901.513.529-4**

Certifica que:

## JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA

**IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.077.226.814**

**Asistió al Curso de:**

**HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)**

**Intensidad Horaria de 45 Horas.**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**
**GERENTE GENERAL**

**Dancy Sidney Monje Perez**
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO. SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION **321 405 9500.**

Centro de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

# CESALUD

Licencia de funcionamiento Resolución 0342 del 2022 , otorgada por la Secretaría de Educación del Municipio de Neiva Huila

HACE CONSTAR QUE:

*Juan Diego España Losada*

C.C. 1077240814 Neiva Huila

Completó y Aprobó los Estudios en:

## EL CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Resolucion 459/2012

Con una intensidad horaria de 40 horas

En constancia de lo anterior se firma a los (21) días del mes de Mayo del año dos mil veintiséis

Certificado No. 1741

Director(a)

Año: 2026

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**FORMULARIO UNICO**
**ACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**
**Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
**(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1077226814 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: _____

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | HUILA | NEIVA |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| CALLE 43 # 22 - 50 VILLA NUBIA | 3043253537 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| EDWIN LEONARDO PEÑA MUÑOZ | 7729618 | PADRE |
| LEIDY JOHANNA LOSADA CELADA | 1003827686 | MADRE |
| JOHAN FELIPE PEÑA LOSADA | 1077247742 | HERMANO |
| SAIRA SOPHIA PEÑA LOSADA | 1077235985 | HERMANA |

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

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron: 2025

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0.00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0.00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0.00 |
| ARRIENDOS | $ 0.00 |
| HONORARIOS | $ 0.00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0.00 |
| **TOTAL** | $ 0.00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCO BANCOLOMBIA | AHORROS | 91202328119 | NEIVA | $ 0.00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

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

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NEIVA, JULIO 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

# Certificación
## Bancaria

Viernes, 10 de julio de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN DIEGO ESPANA LOSADA identificado(a) con CC 1077226814, 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 | 91202328119 | 2026-05-11 | 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.

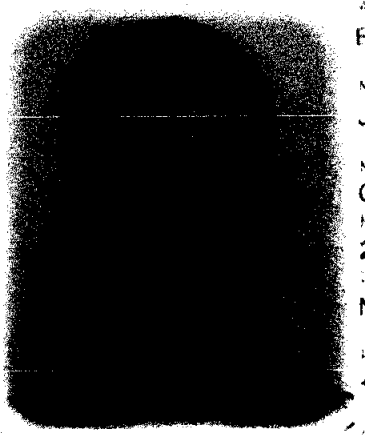
Bancolombia

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

TARJETA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.077.226.814



Apellidos
ESPAÑA LOSADA

Nombres
JUAN DIEGO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.76 | M |

Fecha de nacimiento
20 JUN 2006

G.S
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
16 JUL 2024, NEIVA

Fecha de expiración
17 JUL 2034

COL

050808070

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL050808070019001<<<<<<<<<<<
0606206M3407172COL107722681 4<1
ESPANA<LOSADA<<JUAN<DIEGO<<<<<

**Secretaria de Salud Departamental**

RESOLUCIÓN No. **1394** del **10/06/2026**
Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de la Ocupación

**EL SECRETARIO DE SALUD DEL HUILA**

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que **JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA**, con **Cédula de Ciudadanía** No. **1077226814** expedida en **NEIVA**, solicitó ante esta Secretaria la autorización para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**.

Que presentó el certificado de estudios otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CESALUD**, en **NEIVA, 22/05/2026**.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante estas cumplen con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA**, con **Cédula de Ciudadanía** No. **1077226814** expedida en **NEIVA**, para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, en el territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Que el profesional o auxiliar quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Neiva (Huila), el **10/06/2026**

**CESAR GERMAN ROA TRUJILLO**
**Secretario de Salud del Huila**

Código de verificación: **9RV9T3BD44G**

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa

# El Limonar

Neiva - Huila

Reconocimiento Oficial de la Secretaria de Educación Municipal de Neiva
según Resolución No. 1832 del 2 de Diciembre de 2009

Confiere a:

## Juan Diego España Losada

T.I. 1077226814

El Certificado de:

# Educación Bàsica

Por haber cursado y aprobado los planes de estudios correspondientes a los Ciclos Lectivos Especiales Integrados, Nivel de Educación Media Básica de la Educación Formal de Adultos, conforme al Decreto 3011 de 1997 que lo habilita para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral
(Decreto 1860 de 1997 y 1290 de 2009)

Dado en Neiva (Huila), el 20 de Noviembre de 2024

Henry William Ussa Yagüe
C.C. 7.698.786 de Neiva
Rector

Mariana Janey Medina Gualapi
C.C. 39.575.768 de Girardot
Secretaria

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

**Institución Educativa**

# El Limonar

**Neiva – Huila**

DANE
141 001004452

Jornada
Fin de Semana

**Reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Municipal de Neiva según Resolución No. 1832 del 2 de Diciembre de 2009**

# Acta Individual de Grado

*Con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Ciclo Dos (Grado Once) del Programa de Jóvenes y Adultos, se reunieron el Rector y Secretaria Académica en la Rectoría de la Institución Educativa El Limonar del Municipio de Neiva, Institución con reconocimiento oficial otorgad[illegible] de Educación del Municipio de Neiva, según resolución No. [illegible] 2009 y autorizada para otorgar el título de Bachille[illegible]*

*Comprobada la situación [illegible] académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios [illegible] correspondientes al Nivel de Educación Media Académica y de acuerdo con los lineamientos [illegible] Decreto 1290 de 16 de abril de 2009, por el cual se reglamenta la evaluación [illegible] aprendizaje y promoción de los estudiantes del nivel de educación básica y media, se procedió a otorgar el Título de* **BACHILLER ACADÉMICO** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

**Juan Diego Cepeda Losada**

**C.C. 1[illegible]722[illegible]14**

*Es fiel copia tomada del Acta original general No. 020 de fecha Noviembre 15 de 2025, que consta de 47 estudiantes graduandos, comienza con AVILEZ APACHE LUIS MIGUEL y termina con ZÚÑIGA GARCÍA ANA YORLEY. Firmada y sellada por HENRY WILLIAM UNÍ YUGCHA (Rector) y MARLESVI JANEY MEDINA GUATAPI (Secretaria).*

*Dada en Neiva (Huila), el día 15 del mes de noviembre de 2025.*

**Henry William Uní Yugcha**
C.C. 7.698.786 de Neiva (Huila)
*Rector*

**Marlesvi Janey Medina Guatapi**
C.C. 39.575.768 de Girardot
Secretaria Académica

**No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 09 de mayo De 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República**

REPUBLICA DE COLOMBIA

CENTRO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

# CESALUD

Licencia de funcionamiento Resolución 0342 del 2/02/22 , otorgada por la Secretaria de Educación del Municipio de Neiva con Registro del programa No. 2718/2025 Alcaldía De Neiva

EXPIDE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

*Auxiliar En Enfermería*

A:

*Juan Diego España Losada*

C.C. 1077226814 De: Neiva Huila

Acta No. 165

Registrada en el folio 274 del libro 02 de actas por haber terminado satisfactoriamente el programa de estudios correspondientes a esta modalidad con una intensidad de 1800 horas.

Dado en Neiva Huila, a los 22 días del mes Mayo del año 2026.

Director (a)

Centro de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

# CESALUD

## ACTA DE CERTIFICACION No. 165

Licencia de funcionamiento Resolución 0342 del 2 Feb 2022 , otorgada por la Secretaria de Educación del Municipio de Neiva con Registro del programa No. 2718 / 2025

## CERTIFICA:

Que el día ( 21 ) Veintiuno de Mayo del año Dos mil Veintiséis ( 2026) Siendo las ( 19 ) horas, se reunió el Consejo de Dirección de CESALUD, para otorgar el CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

## AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A:

## JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA

**CC. 1077226814 Neiva Huila**

Quién terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año de acuerdo a las normas emanadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Intensidad horaria: 1800 Horas Folio No. 274 Libro de Acta No. 165

Presidió la Reunión: Danny Quintero De Perdomo Director(a)

Dada en Neiva Huila a los 22 días del mes de Mayo de 2026

Director(a) Secretaria

SV. ESPAÑA
BGCAL BAI 09

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE ASPC No 09 CACICA GAITANA
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

Neiva, (Huila), 17 de julio de 2026

Señor Teniente Coronel
LUIS FERNANDO TORRES PABON
Comandante del BASPC No.9 "CACICA GAITANA"
Carrera 16 No. 21-300
Neiva Huila-

ASUNTO: Solicitud estudio de seguridad

Respetuosamente, me permito solicitar ordene a quien corresponda, realizar el estudio de seguridad para el personal prestador de servicios a contratar para la vigencia 2026 del Establecimiento de Sanidad BAS09 de Neiva, relaciono a continuación:

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | CEDULA | PROFESIÓN | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA | 1.077.226.814 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 3043253537 |

Atentamente,

Capitán. NURY FERNANDA CANDIA HERRERA
Directora Dispensario Médico BASPC09 – Regional 12

Elaboró: SMSM. SANDRA ROJAS
Personal PS del ESMBAS 09

Revisó: SV. Diana Herrera
Talento Humano ESMBAS09

# 20263370003955l3

Al contestar, cite este número
Radicado N° **20263370003955l3**
No-MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR9-BAS09-ESMBAS09-29.25

ESMBAS09

Carrera 21 # 16-300 Neiva-Huila
humanotalentoesmbaspc09@gmail.com
www.ejercito.mil.co

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 08:13:39 PM horas del 11/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1077226814**
Apellidos y Nombres: **ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO**

**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



Todos los derechos reservados.

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 domingo 12 de julio de 2026, a las 20:12:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1077226814 |
| Código de Verificación | 1077226814260712201229 |

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 299332022

PIB
20:09:40


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 DIEGO ESPAÑA LOSADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1077226814:

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 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.**

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 08:10:29 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1077226814**

## 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. **143746635** . 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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto [0][1] Inscripción

4. Número de formulario 141261330207

(415)7707212489984(8020) 000014126133020 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 7 7 2 2 6 8 1 4 | 0 | Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 7 2 2 6 8 1 4 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Huila 4 1 | Neiva 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ESPAÑA | LOSADA | JUAN | DIEGO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Huila 4 1 | Neiva 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 43 # 22 - 50 BRR VILLA NUBIA

42. Correo electrónico penalosadajuandiego@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 4 3 2 5 3 5 3 7 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 2 0 2 6 0 5 2 2 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

16- Obligación facturar por ingresos bienes

### Usuarios aduaneros

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

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-07-13 / 04:42:28PM

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 ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO

985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 13-07-2026 04:48:43PM

## Escritorio

Última Actualización

**OPORTUNIDADES RECIENTES**

No se han encontrado

**ÚLTIMAS OFERTAS**

No 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 .

Salud

**SISPRO**
**Sistema Integral de Información de la Protección Social**

**RUAF**
**Registro Único de Afiliados**

# Afiliaciones de una Persona en el Sistema

**INFORMACIÓN BASICA** — Fecha de Corte: 2026-07-10

| Número de Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 1077226814 | JUAN | DIEGO | ESPAÑA | LOSADA | M |

**AFILIACIÓN A SALUD** — Fecha de Corte: 2026-07-10

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliacion | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento -> Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | Contributivo | 31/12/2023 | Activo | BENEFICIARIO | NEIVA |

**AFILIACIÓN A PENSIONES** — Fecha de Corte: 2026-07-10

No se han reportado afiliaciones para esta persona

**AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES** — Fecha de Corte: 2026-07-10

No se han reportado afiliaciones para esta persona

**AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR** — Fecha de Corte: 2026-07-10

No se han reportado afiliaciones para esta persona

**AFILIACIÓN A CESANTIAS** — Fecha de Corte: 2026-07-10

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Salud

**SISPRO**
**Sistema Integral de Información de la Protección Social**

**RUAF**
**Registro Único de Afiliados**

## Afiliaciones de una Persona en el Sistema

No se han reportado afiliaciones para esta persona

**PENSIONADOS** Fecha de Corte: 2026-07-10

No se han reportado pensiones para esta persona.

**VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL** Fecha de Corte: 2026-07-10

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Juan Diego España Losada, identificado(a) con CC número 1077226814, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1077226814 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Juan Diego España Losada |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| PARENTESCO | Hijo(A) |
| FECHA DE NACIMIENTO | 20/06/2006 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/06/2018 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 130 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/06/2018 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

Generado por interfaces 10/07/2026

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

| | |
|---|---|
| MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES<br>DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR<br>SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA<br>GRUPO DE TALENTO HUMANO | Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA |
| | Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1 |
| | Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo |

Fecha: 14/Julio/2026 Acta No _____

ESM: BAS09

Sección _____

Tipo Vinculación: Prestación de servicios

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Yo JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA Identificado(a) con CC 1077226814 de Neiva - Huila me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

**NORMAS DE BIOSEGURIDAD**:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

**Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.**

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

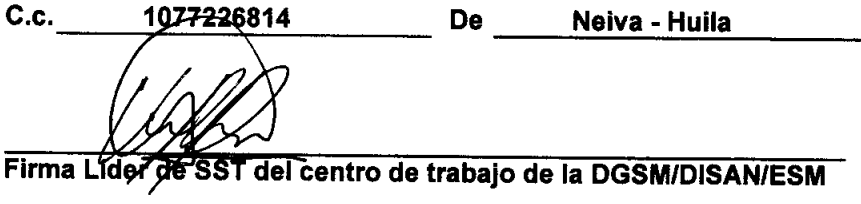
**Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.**

**En constancia firman:**



**Firma Trabajador y/o Funcionario**

**C.c.** 1077226814 **De** Neiva - Huila



**Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM**

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

AURIN - AUDIOLOGIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL IPS S.A.S
NIT: 900907721
Dirección: Cll 15 # 7-55 Barrio La Toma
Contacto: 866 6975 - 313 360 6773
e-mail: comercial@aurinips.com.co
Neiva, Huila



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 73.266

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 09 DÍA | 07 MES | 2026 AÑO | NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad | MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES | PARTICULARES |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO | MASCULINO | 20 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 1077226814 (Número) |

Cargo: AUXILAR DE ENFERMERIA

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NINGUNA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| VISIOMETRIA | ✓ | AUDIOMETRIA OCUPACIONAL | ✓ |
| EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EPS. | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : GAFAS DE DESCANSO. | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : NORMAL. | OTROS : TENER EN CUENTA LAS NORMAS BASICAS PARA LA ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS. | DIETA BALANCEADA |
| OTROS : TENER EN CUENTA LAS NORMAS BASICAS PARA LA ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS. | | OTROS : TENER EN CUENTA LAS NORMAS BASICAS PARA LA ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS. |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL, SIN LIMITACIONES ACTUALES. AUDIOMETRIA NORMAL. VISIOMETRIA NORMAL.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Giovanni Cabrera Tovar
Médico y Cirujano General
Esp. Salud Ocupacional
R.M. 2076-1997 - L.S.O. 0154/2021

**Firma:**

**Nombre:** CC: 79593668 - GIOVANNI CABRERA

**R. M.:** 2076/1997 **L.S.O.:** 0154/2021

**Código de Seguridad**
O583U1A73266

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO

**CC:** 1077226814

14/07/2026

AURIN - AUDIOLOGÍA Y REHABILITACION INTEGRAL IPS S.A.S
NIT: 900907721
Dirección: Cll 15 # 7-55 Barrio La Toma
Contacto: 866 6975 - 313 360 6773
e-mail: comercial@aurinips.com.co
Neiva, Huila



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — Atención N°: 42167

**Fecha:** 09/07/2026 **Ciudad:** NEIVA (HUILA, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO **Eps:**
**CC:** 1077226814 **Nombre:** ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO **Edad:** 20 AÑOS 0 M **Genero:** MASCULINO
**Fecha Nacimiento:** 20/06/2006 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** AUXILAR DE ENFERMERIA

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| OTITIS | NO REFIERE | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACÚFENOS | NO REFIERE |
| CIRUGÍA | NO REFIERE | OTROS | |
| INGESTA OTOTÓXICOS | NO REFIERE | | |

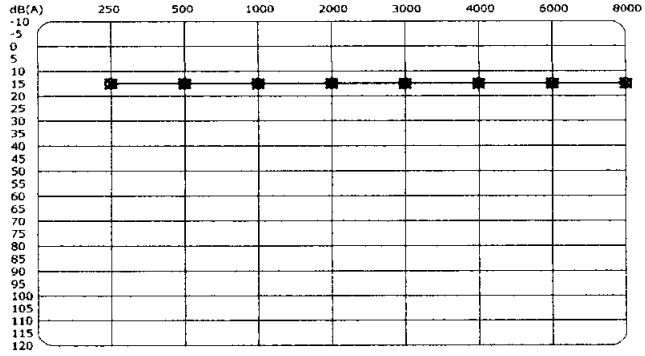
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | AUDÍFONOS | SI |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** RESONANCE R27A **F. Ultima Calibración:** 2026-03-18

○ : Vía aérea del OD × : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** NORMAL
**Oído izquierdo:** NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| VAOI | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |

**PTA Oido derecho:** 15.00 **PTA Oido izquierdo:** 15.00

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) **Oído Izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

**FONOAUDIÓLOGO**

Karla Martinez

**Firma:**
**Nombre:** CC: 1015425667 - KARLA PATRICIA MARTINEZ
**R. M.:** 6877 **L.S.O.:** 2303

**TRABAJADOR**

**Firma:**
**Nombre:** ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO
**CC** 1077226814

14/08/26

AURIN – AUDIOLOGIA Y REHABILITACION INTEGRAL IPS S.A.S
NIT: 900907721
Dirección: Cll 15 # 7-55 Barrio La Toma
Contacto: 866 6975 - 313 360 6773
e-mail: comercial@aurinips.com.co
Neiva, Huila



# EXAMEN DE VISIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención Nº: 41,993**

**Fecha:** 09/07/2026 **Municipio:** NEIVA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1077226814 **Nombre:** ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO **Edad:** 20 AÑOS 0
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** AUXILAR DE ENFERMERIA **Empresa:** PARTICULARES
**Eps:** **Tipo Evaluación Medica:** MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO **F. Último Examen:** 10 MESES
**Lugar del Último Examen:** NEIVA **Motivo Consulta:** EXAMEN OCUPACIONAL

**ANTECENDENTES VISUALES**

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | DESCANSO |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | SI |

**PRUEBAS REALIZADAS**

**SINTOMATOLOGÍA**

ASINTOMÁTICO

| | AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 20 | .50M | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 20 | .50M | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 20 | .50M | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| Z010 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

**OPTOMETRA**

Lorena Martinez

**Firma:**
**Nombre:** CC: 1003802940 - LORENA MARTINEZ
**R. M.:** 1003802940 **L.S.O.:**

**PACIENTE**

**Firma:**
**Nombre:** ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO
**CC:** 1077226814

14/07/2026

| DIGSA | | |
|---|---|---|
| | PROCESO | Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST. |
| | Formato | requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA |
| | Código | MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116 |
| | Vigente | Agosto de 2023 |

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

## I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apellidos: | España Losada | Nombres: | Juan Diego |
| N° de Documento: | 1077226814 | Edad: | 20 |
| Genero: Mujer | | Hombre | X |
| Profesión u ocupación: | Auxiliar Enfermería | Número de contacto: | 3043253537 |
| Correo electrónico: | penalosadajuandiego@gmail.com | | |

## II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

| DIGSA | | DISAN EJC | X | DISAN ARC | | JEFSA FAC | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Establecimiento de Sanidad Militar: B2009

Cargo al que aspira: Auxiliar de Enfermería

## III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

| Nombramiento en Planta DIGSA | | Servicio Social Obligatorio (SSO) | | Prestación de Servicio (OPS) | X |
|---|---|---|---|---|---|

## IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

| PREGUNTA | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Adjunta Carné de Vacunación? | X | |
| ¿Validación contra el carné de vacunación? | X | |

## V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

| VACUNA | GÉNERO | OBSERVACIÓN | DOSIS | CUMPLE SI / NO | FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis A | Hombre/Mujer | Ninguna | 1ra | SI | 01/09/2025 |
| Hepatitis B | Hombre/Mujer | Ninguna | 1ra | SI | 23/07/2025 |
| | | | 2da | SI | 30/04/2025 |
| | | | 3ra | SI | 02/09/2025 |
| | | | 1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema | | |
| Toxoide Tetánico y Diftérico | Mujer | Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad. | 1ra | | |
| | | | 2da | | |
| | | | 3ra | | |
| | | | 4ta | | |
| | | | 5ta | | |
| | | | 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema | | |
| | Hombre | | 1ra | SI | 23/01/2025 |
| | | | 2da | SI | 29/04/2025 |
| | | | 3ra | SI | 11/02/2026 |
| | | | 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema | | |

## V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Influenza Estacional | Hombre/Mujer | Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior.<br><br>Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente<br><br>La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país. | 1ra | SI | 14/09/2026 |
| Fiebre amarilla | Hombre/Mujer | Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar.<br><br>Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico. | 1ra | SI | 23/09/2025 |
| Varicela | Hombre/Mujer | Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. | 1ra | SI | 01/09/2025 |
| Triple Viral (TV)<br>(sarampión, rubeola y parotiditis) | Hombre/Mujer | Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.<br><br>No es válida la bivalente (sarampión y rubeola) | TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos. | SI | 01/09/2025 |
| DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular | Hombre/Mujer | ** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario. | 1ra | NO | |
| | | | 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema | | |
| Neumococo | Hombre/Mujer | Ninguna | 1ra | NO | |
| | | Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido | 1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema | | |

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES: No cumple esquema Firma compromiso DPTA y Neumococo plazo hasta el 01/09/2026

## VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

| SI | X | NO | |
|---|---|---|---|

## VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

| SI | X | NO | |
|---|---|---|---|

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Nirtha Liliana Cumbe R.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante

| DIGSA | | |
|---|---|---|
| | PROCESO | Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST. |
| | Formato | Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA |
| | Código | MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108 |
| | Vigente | Agosto de 2023 |

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación para HEPATITIS B Y TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO a partir de la segunda dosis e INFLUENZA únicamente por no disponibilidad de la vacuna en el país.

Fecha: 14-07-2026

Tipo de vinculación: Planta [ ] OPS [X] Tercerización de Servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [X] DISAN ARC [ ] JEFSA FAC [ ]

ESM: ESM BAS09

Yo; Juan Diego Espora Lozada identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1077226814 Diligencie N° CC me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

| VACUNA | GENERO | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN - N/A |
|---|---|---|---|
| TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO | Mujeres | 2da | |
| | | 3ra | |
| | | 4ta | |
| | | 5ta | |
| | Hombre | 2da | |
| | | 3ra | |
| HEPATITIS B | Mujer/Hombre | 2da | |
| | | 3ra | |

| VACUNA | OBSERVACIÓN | FECHA DE APLICACIÓN - N/A |
|---|---|---|
| INFLUENZA | Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior.<br><br>Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente | |

La presente se firma en: Neiva a los 14 días del mes 07 del año 2026

Firma del aspirante.

| DIGSA | | |
|---|---|---|
| | PROCESO | Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST. |
| | Formato | Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA |
| | Código | MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108 |
| | Vigente | Agosto de 2023 |

Observaciones SST: Da carné esquema Firma compromiso DPTA y Neumococo plazo hasta el 01/09/2026

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo: PS. VALENTINA PIÑEROS AGUDELO

Martha Liliana Cumbe R

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo: PS. MIARTHA LILIANA CUMBE ROJAS

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3173f435-fe3b-4303-8a34-23e9d8e7423c

Nombres y apellidos / Full name

**JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 7 7 2 2 6 8 1 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**20/06/2006**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3043253537**

Correo electrónico / e-mail

**NOTIENE@GMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Dose | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Batch Number | Administering Center | Full name Vaccinator |
| COVID PFIZER | Primera | 14 | 02 | 2022 | PFIZER | 210958 | NEIVA IDIME SA | HELLY KAROLAY MANCILLA TRUJILLO |
| Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición | Primera | 17 | 04 | 2023 | Sanofi Pasteur | U1E071V | NEIVA CASAUROS | ROSA JULIET ARIAS PRADA |
| Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición | Segunda | 20 | 04 | 2023 | Sanofi Pasteur | U1E071V | NEIVA CASAUROS | ROSA JULIET ARIAS PRADA |
| Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición | Tercera | 25 | 04 | 2023 | Sanofi Pasteur | U1E071V | NEIVA CASAUROS | ROSA JULIET ARIAS PRADA |
| Antirrábica Humana Intramuscular Post Exposición | Cuarta | 04 | 05 | 2023 | Sanofi Pasteur | U1E071V | NEIVA CASAUROS | ROSA JULIET ARIAS PRADA |
| Fiebre Amarilla | Única | 23 | 01 | 2025 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 23F0168 | NEIVA CS LAS GRANJAS | MARIA ENID CARDOZO MONTES - CC36175168 - ACTIVO |
| TD Adulto | Primera | 23 | 01 | 2025 | Serum | 2333X043B | NEIVA CS LAS GRANJAS | MARIA ENID CARDOZO MONTES - CC36175168 - ACTIVO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 23 | 01 | 2025 | | 220500424C | NEIVA CRUZ ROJA | CAROL JIMENA PERDOMO GONZALEZ - CC55189414 - INACTIVO |
| TD Adulto | Segunda | 29 | 04 | 2025 | Serum | 2333X043B | NEIVA CS LAS GRANJAS | MARIA ENID CARDOZO MONTES - CC36175168 - ACTIVO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 30 | 04 | 2025 | | 0343Q006C | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |
| Meningococo Grupos B Y C Particular | Única | 21 | 08 | 2025 | | 243MX | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |
| Triple Viral Particular | Primera | 01 | 09 | 2025 | | A69CF778A | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |
| Varicela Particular | Primera | 01 | 09 | 2025 | | Y011871 | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |
| Hepatitis A Adultos Particular | Primera | 01 | 09 | 2025 | | AHAVC166AA | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

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

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3173f435-fa3b-4303-8a34-23e9d8a7423c

Nombres y apellidos / Full name

**JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 7 7 2 2 6 8 1 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**20/06/2006**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3043253537**

Correo electrónico / e-mail

**NOTIENE@GMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día | Mes | Año | | | | |
| Hepatitis B Adultos Particular | Tercera | 02 | 09 | 2025 | | UFX24505 | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 02 | 09 | 2025 | | K11A | ALEJANDRO DIAZ ASPRILLA | DIANA MARCELA ALMONACID PEREZ - CC36314545 - ACTIVO |
| TD Adulto | Tercera | 11 | 02 | 2026 | Serum | 2334L008A | NEIVA CS LAS GRANJAS | SILVERIA CASTRO - CC55179613 - ACTIVO |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

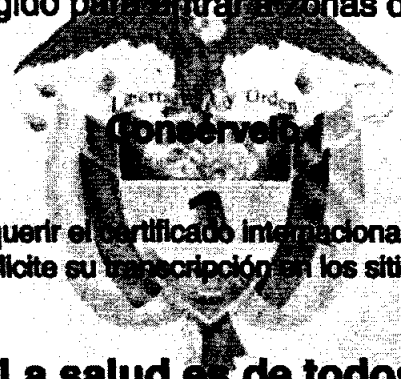
The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

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

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



**Conservelo**

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

**La salud es de todos**

| | La salud es de todos | Minsalud |
|---|---|---|

## Certificado de Vacunación del adulto

**Nombres:** Juan Diego

**Apellidos:** Espana Acosta

**Documento de identidad:** C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1019226814

**Fecha de nacimiento:** Día 20 Mes 06 Año 2006

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión-Rubeola | Única | 01-9-25 | A604-738A | VACUNATE YA |
| Fiebre Amarilla | Única | 23/01/2025 | 23F0168 | Ms Enid C |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 23.01.2025 | 2333X043B | Ms Enid C |
| | 2 | 29-04-25 | 2333/0276 | Jorge Cuellar |
| | 3 | 11-2-26 | 2334L008A | Lucia G |
| | 4 | 11 Febrero 2032 | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 23/01/2025 | 220500424B | Carol |
| | 2 | 30-04-25 | 03430005 | VACUNATE YA |
| | 3 | 01-09-25 | CP004525 | VACUNATE YA |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 01-9-25 | LCH | VACUNATE YA |
| Varicela | 1 | 01-09-25 | Y0018371 | VACUNATE YA |
| Hepatitis A | 1 | 01-09-25 | A-HAVC604A | VACUNATE YA |
| Meningococo | 1 | 01-09-25 | 243MX | VACUNATE YA |




MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Servicio de Salud Habilitado

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE VACUNACIÓN
DHSS0480677

Nombre: Juan Diego
Apellidos: Espana Posada
Celular: 3043253537
Documento de Identidad CC TI PASAPORTE No: 1097722681Y
F. Nacimiento Día 20 Mes 06 Año 2006

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Triple viral | 1 | 01-09-25 | A6047778 | VACUNATE YA |
| Sarampión Rubeola | | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 01-09-25 | U8X7450S | VACUNATE YA |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Varicela | 1 | 1-09-25 | 4011871 | VACUNATE YA |
| | 2 | | | |
| Hepatitis A | 1 | 01-09-25 | A HAVC166M | VACUNATE YA |
| | 2 | | | |
| Contra Influenza | Anual | 01-09-25 | K11A | VACUNATE YA |
| Meningoco | 1 | 21-8-25 | 243NV | VACUNATE YA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

**Consérvelo**

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

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

## Certificado de Vacunación del adulto

Nombres: Juan Diego.

Apellidos: España Lasada.

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1097226814

Fecha de nacimiento: Día 2 0 Mes 0 6 Año 2 0 0 6

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| Antirrábica | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| Influenza estacional | | Anual | 14 17126 | U50526006 | Carmen R. Sandoval |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

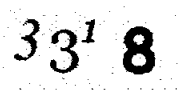
Número de Identificación *

1077226814

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7639

**Resultado General -2026-07-11 8:08:37 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1077226814 | JUAN | DIEGO | ESPAÑA | LOSADA | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA identificado(a) con CC 1077226814 registra La siguiente información:**

**2026-07-11 8:08:37 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2026-06-10 | 1394 | GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL |

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

SISPRO

[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]
[illegible]

## 1. Contacto

[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

[illegible]

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
**EJÉRCITO NACIONAL**

**DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO**

## G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1077226814 actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

| | |
|---|---|
| Nombre Completo<br>Cédula de Ciudadanía<br>Pregrado – Universidad<br><br>Posgrado - Universidad | JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA<br>1077226814 Neiva – Huila<br>CESALUD<br>Auxiliar de Enfermería |
| Hace parte reserva activa | SI [ ]<br>NO [X]<br>Indique causal de retiro<br>[ ] Solicitud propia<br>[ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire.<br>[ ] Por llamamiento a calificar servicios.<br>[ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado.<br>[ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar.<br>[ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. |

| | |
|---|---|
| | [ ] Por incapacidad profesional.<br><br>[ ] Por retiro discrecional.<br><br>[ ] Por no superar el periodo de prueba.<br><br>Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa.<br><br>Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro.<br><br>Se ha afiliado a pensión<br>SI X<br>Indique cual:<br>Fecha<br><br>NO |
| Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP | Contratante<br><br>Objeto contractual como<br><br>En el Departamento<br><br>Vigencia |
| Dirección de residencia (indicar ciudad) | Dirección: Calle 43 # 22 - 50 villa Nubia / Neiva - Huila |
| Teléfono fijo - Teléfono celular | 3043253537 |
| Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente). | Entidad Bancaria: Banco Bancolombia<br>Sucursal: Neiva<br>No. de Cuenta: 91202328119<br><br>Ahorros [X] Corriente [ ] |
| Teléfono fijo - teléfono celular | Tel. Fijo:<br><br>Tel. Celular: 3043253537 |
| Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército. | penalosadajuandiego@gmail.com |
| Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado) | Tipo de contrato<br><br>Objeto<br><br>Plazo<br><br>Vlr. Total contrato |

| | |
|---|---|
| Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros) | Tipo de contrato<br>Objeto<br>Plazo<br>Vlr. Total contrato |
| Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros) | Tipo de contrato<br>No. de contrato objeto<br>Plazo<br>Vlr. Total contratado |
| Pertenezco al régimen tributario | Común__<br><br>Simplificado_ X_ |
| Régimen de excepción | NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_X_<br>Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad. |
| Pago de pensión | NOTA 2: APLICA__ NO APLICA__<br><br>El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique)<br><br>1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___<br><br>2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___<br>(Adjuntar acto administrativo) |
| Estado civil | Soltero |

| | |
|---|---|
| Datos cónyuge o compañero permanente:<br><br>Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición. | Nombre<br>Identificación<br>Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto<br><br>Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA:<br><br>SI [ ] Especifique:<br><br>NO [X] |
| No. De hijos - nombre - identificación | No. de hijos 0<br><br>Nombre<br><br>Identificación |
| Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA | SI<br>Grado de consanguinidad<br>Cargo que desempeña<br>NO___ |
| Inhabilidades e incompatibilidades. | Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal:<br><br>SI [ ] Especifique:<br><br>NO [X] |

Nombre Completo: Juan Diego España Losada
Identificación: 1077226814 Neiva – Huila

**Firma:**

**PÚBLICA**

**ISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**MANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**RCITO NACIONAL**
**TABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS09**

Neiva, (Huila), 16 de julio del 2026

Señora Capitán
**NURY FERNANDA CANDIA HERRERA**
Directora del Establecimiento de Sanidad BAS09
Carrera 16 N°21-300
Neiva Huila

ASUNTO: Concepto de evaluación psicológica

Respetuosamente, me permito relacionar el concepto de psicología para la contratación del personal asistencial de prestación de servicios de la vigencia 2026 para el Establecimiento de Sanidad Militar ESM-BAS09, lo cual me permito indicar lo siguiente:

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO | PROFESION | EVALUACION PSICOLOGICA | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | APTO | NO APTO |
| 1 | JUAN DIEGO ESPAÑA LOSADA | 1077226814 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | X | |

Respetuosamente,

Teniente. LUISA MUÑOZ QUINTANA
Coordinadora CEFAM BR09

# 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 20:12:37 horas del 11/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1077226814,** Apellidos y Nombres **ESPAÑA LOSADA JUAN DIEGO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESM BATALLON ASPC 09 CACICA GAITANA** , con NIT **901541256-8** 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 1077226814 **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 12/07/2026 06:21 PM

Código Verificación: **G2ETFH1YCK**

Válida hasta: **10/10/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC