Villavicencio, 19 de agosto de 2026

Rdo. Lexsalara

Doctora:
**SIRLEY GUTIERREZ NAVARRO**
Personera Auxiliar
Personería Municipal de Villavicencio

**Asunto:** Presentación de Propuesta frente a Invitación

Cordial saludo,

De la manera más atenta, por medio de la presente me dirijo a usted, para poder realizar la entrega formal de mi propuesta, para prestar mis servicios como profesional especializado, de acuerdo con los requerimientos y necesidades de la entidad para: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST), EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, LA ACTUALIZACIÓN NORMATIVA Y LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO – META".**

De acuerdo con lo anterior, las obligaciones y/o objetivos específicos corresponden a los siguientes:

**OBLIGACIONES GENERALES:**

1. Cumplir con el objeto del contrato en los términos pactados.
2. Informar al supervisor(a) las novedades que se presenten durante la ejecución del contrato.
3. Utilizar todos sus conocimientos en el apoyo a la Personería Municipal de Villavicencio y ejercer sus actividades con honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás.
4. Contar con los elementos de protección personal EPP y/o elementos de Bioseguridad necesarios para ejecutar la actividad contratada, invirtud del cumplimiento de la norma.
5. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
6. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
7. Asumir el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, durante toda la vigencia del contrato, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 514 de 2025 y en la Ley 2381 de 2024. La PERSONERÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO queda exonerada de cualquier responsabilidad derivada del incumplimiento de esta obligación por parte del contratista.", conforme la MANIFESTACION EXPRESA SOBRE EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL suscrita por el contratista como anexo a la propuesta presentada.
8. Presentar de forma mensual y conforme se estipule en la forma de pago, los informes de ejecución contractual que registren lo realizado por el contratista en el periodo, junto con los anexos solicitados por la entidad.
9. De conformidad con el artículo 3 del Decreto 2609 de 2012, el contratista será responsable por la gestión documental de las actividades realizadas durante la ejecución del Contrato, para tal, efecto deberá entregar la información digital al supervisor, quien certificará dicha actividad.

**OBLIGACIONES AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

1. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
2. Adquirir y utilizar bienes y servicios amigables con el medio ambiente.

3. Aportar a los aspectos ambientales: Ahorro de energía (apagar equipos), ahorro de agua (utilizar sólo la necesaria) y ahorro de papel (hacer uso del correo e imprimir a doble cara y solo lo necesario).
4. Hacer disposición adecuada de residuos en puntos ecológicos (Blanco: Aprovechables, Verde: Orgánicos Aprovechables, Negro: No Aprovechables) y papeleras (Papel de Oficina), y en los demás sitios en donde se ejecuten las actividades y/o obligaciones.
5. El contratista/proveedor deberá mantener vigente el certificado médico de ingreso, durante la ejecución del contrato (Persona Natural).
6. Acatar las responsabilidades establecidas en el Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.2.2.16. Obligaciones del contratista. El contratista/proveedor debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:
   **a.** Procurar el cuidado integral de su salud.
   **b.** Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
   **c.** Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
   **d.** Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
   **e.** Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.
7. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas establecidas para su control.
8. Informar oportunamente al supervisor de contrato y al área de seguridad y salud en el trabajo, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales, actos y condiciones subestándar, daños a la propiedad o al medio ambiente.
9. Realizar y promover pausas activas durante sus actividades.
10. Contribuir al cumplimiento de las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión Ambiental (Ambiente de trabajo libre de sustancias psicoactivas, alucinógenos, enervantes o que creen dependencia como cigarrillo, vapeadores o alcohol)

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

1. Ejecutar y realizar seguimiento a los programas y actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), en el marco del ciclo PHVA, así como apoyar la ejecución y seguimiento del Programa de Bienestar Social e Incentivos correspondiente a la vigencia 2026 de la Personería Municipal de Villavicencio.
2. Proyectar los actos administrativos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), así como aquellos requeridos para la formalización, adopción e implementación del Programa de Bienestar Social e Incentivos de la entidad.
3. Planear, organizar y realizar cuatro (4) pausas activas mensuales, dirigidas al personal de planta, contratistas y judicantes de la Personería Municipal de Villavicencio, orientadas a la promoción de hábitos saludables y prevención de riesgos laborales, así como apoyar las actividades de capacitación y sensibilización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).
4. Revisar, actualizar y realizar seguimiento a la normatividad aplicable en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), identificando los cambios normativos y proponiendo las acciones necesarias para su implementación y cumplimiento institucional
5. Apoyar la elaboración, actualización, implementación y seguimiento de los planes, programas, procesos, procedimientos, protocolos y políticas que integran el SG-SST, de acuerdo con la normatividad vigente y las necesidades institucionales.
6. Presentar informes mensuales de gestión sobre la ejecución y seguimiento del Plan Institucional de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), el Programa de Bienestar Social e Incentivos y demás actividades directamente relacionadas con

el objeto contractual, incluyendo los respectivos soportes y evidencias.

7. Revisar, actualizar y verificar las afiliaciones al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL) de los funcionarios, judicantes y practicantes de la Personería Municipal de Villavicencio, incluyendo las novedades y la cobertura correspondiente, conforme a la normatividad vigente y los procedimientos establecidos.
8. Realizar seguimiento a los compromisos, recomendaciones y acciones establecidos por el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), el Comité de Convivencia Laboral (COCOLAB) y demás comités institucionales en los que participe, verificando su cumplimiento y la efectividad de las acciones implementadas.
9. Organizar, actualizar y mantener la gestión documental generada en desarrollo de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con las disposiciones archivísticas vigentes y los lineamientos institucionales.
10. Brindar apoyo profesional en el seguimiento y gestión de los contratos que le sean asignados por la Oficina Administrativa y Financiera, conforme a las actividades requeridas para su adecuada ejecución y a los lineamientos institucionales.

**TIEMPO DE EJECUCIÓN**: TRES (03) MESES

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**: DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($12.000.000).

**TIPO DE CONTRATO:** Contrato de prestación de servicios profesionales.

**JUAN CARLOS MARTINEZ ROA**
C.C. No. 1.121.827.525 expedida en Villavicencio
Cel: 3164027359
Correo: jcmartinezroa@gmail.com
Dirección: Calle 6ª 37ª 51 Barrio Villa Bolívar

**MANIFESTACION EXPRESA SOBRE EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Villavicencio, 19 de agosto de 2026

Doctora:
**SIRLEY GUTIERREZ NAVARRO**
Personera Auxiliar
Personería Municipal de Villavicencio

**ASUNTO: MANIFESTACION EXPRESA SOBRE EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Yo, JUAN CARLOS MARTINEZ ROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.121.827.525 expedida en Villavicencio, en calidad de proponente invitado(a) por la **PERSONERÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO** a presentar propuesta para la celebración de un contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, en atención a dicha invitación, y de conformidad a lo dispuesto el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 514 de 2025, ***Por el cual se reglamenta y compilan las normas del Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, contemplado en la Ley 2381 de 2024 y se dictan otras disposiciones,*** manifiesto de manera libre, expresa, previa y espontánea mi voluntad de asumir de forma íntegra y directa la gestión, realización y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, durante la vigencia del contrato a suscribir con **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**, documento que hace parte integral a la propuesta presentada.

Que con fundamento en lo dispuesto en el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 514 de 2025, a pesar que permite que las partes convengan que dicha carga la puede asumir la parte contratante, no es mi intereses trasladar esta responsabilidad a la entidad contratante. Por lo tanto, como CONTRATISTA manifiesto previamente al negocio jurídico, que asumiré el pago de los aportes al sistema de manera personal, exonerando así a la **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO** de las obligaciones contempladas en la Ley 2381 de 2024, especialmente en sus artículos 7 y 21.

Declaro conocer y aceptar las consecuencias jurídicas y administrativas derivadas de este acuerdo, y me comprometo a efectuar el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Atentamente,

JUAN CARLOS MARTINEZ ROA
C.C. No. 1.121.827.525 de Villavicencio
Celular: 3164027359

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 |
|---|---|---|
| Martínez | Roa | Juan Carlos |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121827525

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

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1121827525 D.M. 43

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 01 AÑO 1987

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6A 37A 51 VILLA BOLIVAR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELÉFONO: 0 EMAIL: jcmartinezroa@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2004 |

***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 | 10 | X | | PROFESIONAL EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORAL | 09 | 2020 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

## 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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>PERSONERIA DE VILLAVICENCIO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 | *Día* | 13 | *Mes* | 07 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO EN SALUD OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*<br>APOYO SALUD OCUPACIONAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 37A 19C 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE Y RECREACION IMDER | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6631062 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 | *Día* | 02 | *Mes* | 07 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA SALUD OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*<br>PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 41 5B null PARQUE DEL VILLA BOLIVAR | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>RAMA JUDICIAL | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6702320 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 09 | *Año* | 2024 | *Día* | 23 | *Mes* | 05 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COOR.DE SALUD OCUPACIONAL Y TH | *DEPENDENCIA*<br>ADIMISTRATIVA-OPERATIVO | | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Cargando... | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7438828 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 01 | *Año* | 2024 | *Día* | 12 | *Mes* | 05 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CARGO DE INSPECTOR HSEQ | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION - HSEQ | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 22 25 32 CENTRO | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Cargando... | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3118265864 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | *Día* | 29 | *Mes* | 11 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>229 DE 2016 COORDINADOR GESTO | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE HSEQ | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 23 33 7 centro | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Villavicencio 19 Agosto 2026.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Vlcio 19-Agosto-2026

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-07-23 08:57 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JUAN | CARLOS | MARTÍNEZ | ROA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1121827525 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | VILLAVICENCIO |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | VILLAVICENCIO |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | PERSONERIA DE VILLAVICENCIO |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | META | Municipio | VILLAVICENCIO |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Calle 37 A No 19C - 20 \r\n\r\n"] |
|---|---|
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $45.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $250.000,00 |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $45.250.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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:

| |
|---|
| |

Villavicencio, 19 agosto de 2026

Señores
**PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**
Ciudad

**Asunto: CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

Por medio del presente escrito yo JUAN CARLOS MARTINEZ ROA identificada con cedula de ciudadana No. 1.121.827.525 de Villavicencio, declaro que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, articulo 18 de la Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes sobre la materia, como también de las sanciones establecidas por la trasgresión de las mismas, establecidas en el numeral 7 del artículo 26 y articulo 44 numeral 1 de la Ley 80 de 1993.

Conforme a lo anterior, **declaro bajo la gravedad del juramento** que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan las leyes anteriores citadas para contratar con la **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**.

Atentamente,

**JUAN CARLOS MARTINEZ ROA**
C.C. No. 1.121.827.525
Cel: 3164027359
jcmartinezroa@gmail.com

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

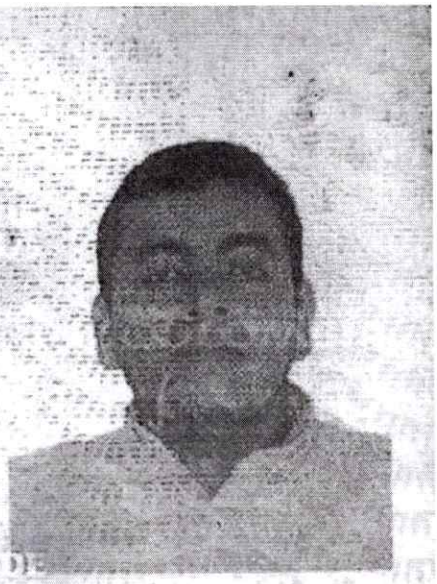
NUMERO **1.121.827.525**

**MARTINEZ ROA**

APELLIDOS

**JUAN CARLOS**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1987**

**VILLAVICENCIO**
**(META)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-ENE-2005 **VILLAVICENCIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-5200100-00819672-M-1121827525-20160427 0049529741A 1 6723888126

**RESOLUCIÓN NÚMERO 6948**
( septiembre 25 de 2020)

Por la cual se concede una licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a una persona natural.

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1º de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

**CONSIDERANDO:**

Que JUAN CARLOS MARTINEZ ROA con cédula de ciudadanía número 1.121.827.525 expedida en Villavicencio, Profesional en Gestión de la Seguridad y la Salud Laboral, del Politécnico Grancolombiano Institución Universitaria, presentó solicitud de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual allegó la documentación exigida por la norma.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de la licencia solicitada.

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO**: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a JUAN CARLOS MARTINEZ ROA con cédula de ciudadanía número 1.121.827.525 expedida en Villavicencio, como Profesional en Gestión de la Seguridad y Salud Laboral.

**ARTÍCULO SEGUNDO**: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Higiene Industrial
3. Seguridad Industrial
4. Investigación del Accidente de Trabajo.
5. Educación
6. Capacitación
7. Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTÍCULO TERCERO**: La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

**ARTÍCULO CUARTO**: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a esta Secretaria de Salud, a fin de proceder a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

**ARTÍCULO QUINTO**: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012 y demás normas que la modifiquen o adiciones.

**ARTÍCULO SEXTO**: Notificar personalmente esta Resolución al interesado, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría de Salud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Villavicencio, septiembre 25 de 2020

**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**
Secretario de Salud

Revisó: Patricia Piñeros Cuellar
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Gloria C.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141075842105

(415)7707212489984(8020) 000014107584210 5

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

## 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 1 2 1 8 2 7 5 2 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | ROA | JUAN | CARLOS |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 6 A 37 51 BRR VILLA BOLIVAR

42. Correo electrónico jcmartinezroa@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 5 0 5 7 9 7 8 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 0 2 0 | 2 0 1 8 1 2 0 3 | 8 2 9 9 | 2 0 1 8 1 2 0 3 | | | | | |

### 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 | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 2024-07-27 / 06:38:42PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-07-2026 09:12:12AM

SaludTotal

VILLAVICENCIO, Agosto 19 de 2026

Señor:

MARTINEZ ROA JUAN CARLOS

CC. 1121827525CL 6 A 37 51 CA 101 VILLA BOLIVAR - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 19 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LOPEZ ALVAREZ KAROL GISED | 1121941177 | C | Nov-25-2019 | 304 | 26 | COMPAÑERO | VIGENTE | | | Ninguna |
| MARTINEZ ROA JUAN CARLOS | 1121827525 | C | Ene-19-2022 | 202 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| MARTINEZ LOPEZ JUAN JOSÉ | 1122540557 | R | Ene-8-2021 | 248 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| MARTINEZ LOPEZ MIA GISED | 1122938768 | T | Nov-25-2019 | 301 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |

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

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---|---|---|---|
| ANA MILDRETH SOTO MEDINA | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| DH COLOMBIA SAS | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| ELECTROSERVICIOS DEL VALLE SAS | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES DEL META S.A.S | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| JUAN CARLOS MARTINEZ ROA | 1121827525 | Independiente | CERRADO |
| JUAN CARLOS MARTINEZ ROA | 1121827525 | Independiente con aporte voluntario a salud | CERRADO |
| JUAN CARLOS MARTINEZ ROA | 1121827525 | Independiente con aporte voluntario a salud | CERRADO |
| JUAN CARLOS MARTINEZ ROA | 1121827525 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| JUAN CARLOS MARTINEZ ROA | 1121827525 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| MUNDOPETROL JR SAS | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| PHVA CONSTRUCTORES S A S | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| PROTEK SAS | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| TOTAL QC SAS | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| CONSULTORIA Y GESTION HUMANA S A S | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DE NARIÑO | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| C S INGENIERIA LTDA | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| CONSORCIO INTERCUMARIBO | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |
| CONSORCIO TURISMETA | 1121827525 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JUAN CARLOS MARTINEZ ROA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.827.525**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:34:25 AM horas del 23/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121827525**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ ROA JUAN CARLOS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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

DIJIN

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/07/2026 08:36:45 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121827525** y Nombre: **JUAN CARLOS MARTINEZ ROA.**

## 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. **144361098** . 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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 299887578

PIB
08:32:03


Bogotá DC, 23 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN CARLOS MARTINEZ ROA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121827525:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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 jueves 23 de julio de 2026, a las 08:29:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1121827525 |
| Código de Verificación | 1121827525260723082951 |

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.

# 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 08:40:37 horas del 23/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121827525,** Apellidos y Nombres **MARTINEZ ROA JUAN CARLOS**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**, con NIT **800251167-1** 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.

TIC

# 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 1121827525 **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 23/07/2026 08:28 AM

Código Verificación: **UMAJCQ21VR**

Válida hasta: **21/10/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

**C E R T I F I C A**

Que el señor **JUAN CARLOS MARTINEZ ROA** identificado con CC No. 1121827525, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | JUAN |
| Segundo Nombre: | CARLOS |
| Primer Apellido: | MARTINEZ |
| Segundo Apellido: | ROA |
| Tipo Documento: | CC |
| Número Documento: | 1121827525 |
| Estado Libreta Militar: | RESERVISTA - 2DA CLASE |

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

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 18 días del mes de AGOSTO de 2026, a las 09:40:23.

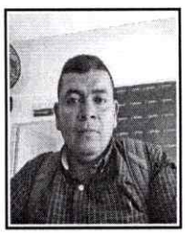
Cordialmente,

CR ROBERTO MOYA CARMONA
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

**CONFIANZA IPS SAS**
**NIT: 901.467.026-4**
Dir: **Carrera 36 # 33 - 08**
Celular: **321 930 5433**
Correo: **administracion@confianzaips.com**
**www.confianzaips.com**

ISO/IEC 17024-2012
22-CEP-070



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 13.784**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 01 MES | 2025 AÑO | VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad | **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO** |

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

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

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

| | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| **MARTINEZ ROA JUAN CARLOS** | MASCULINO | 38 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS | CC | 1121827525 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**PROFECIONAL HSEQ**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**NO PRESENTA RESTRICCIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| APTO | CONCEPTO |
|---|---|

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Optometría | ✓ | Examen Medico Ocupacional Ingreso | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | Audiometria | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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**

**Firma:**

**Nombre:** TORRES LADINO OSCAR ANDRES

**R. M.:** 2588 **L.S.O.:** 7736

**Código de Seguridad**
V1019B7H13784

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** MARTINEZ ROA JUAN CARLOS

**CC:** 1121827525

**CONFIANZA IPS SAS**
**NIT: 901.467.026-4**
Dir: **Carrera 36 # 33 - 08**
Celular: **321 930 5433**
Correo: **administracion@confianzaips.com**
**www.confianzaips.com**

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024-2012
22-CEP-070



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 10196**

**Fecha:** 27/01/2025 1:42 p.m. **Ciudad:** VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO **Eps:**
**CC:** 1121827525 **Nombre:** MARTINEZ ROA JUAN CARLOS **Edad:** 38 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS **Genero:** MASCULINO
**Fecha Nacimiento:** 10/01/1987 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** PROFECIONAL HSEQ

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| PARTICULARES | PROFESIONAL HSEQ | 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 | SI | AUDÍFONOS | OCASIONAL |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

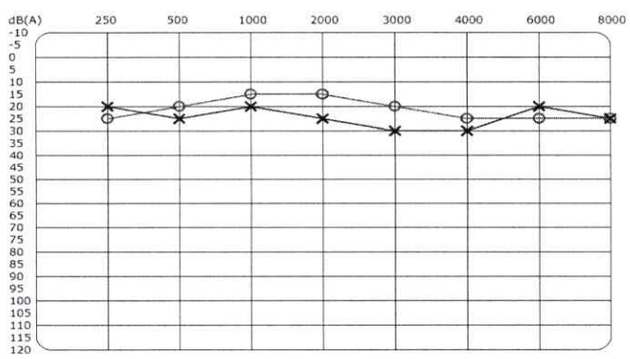
**Descanso auditivo(Horas) :** 8 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** AMPLIVOX 170 **F. Ultima Calibración:** 2022-10-31

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

**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** CAE: NORMAL ; M.T: I
**Oído izquierdo:** CAE: NORMAL ; M.T: I

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 25 | 20 | 15 | 15 | 20 | 25 | 25 | 25 |
| VAOI | 20 | 25 | 20 | 25 | 30 | 30 | 20 | 25 |




**PTA Oido derecho:** 17.50 **PTA Oido izquierdo:** 25.00

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Normal(0 - 20 dB) **Oído izquierdo:** Leve(21 - 40 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| H932 | OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES | IZQUIERDO | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | DERECHO | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

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

**Observaciones**

OIDO DERECHO: AUDICION NORMAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES DE 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ Y EN FRECUENCIAS AGUDAS DE 3000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ Y 8000 HZ
OIDO IZQUIERDO: DESCENSO LEVE PARA 3000HZ Y 4000HZ
-CONTROL AUDITIVO ANUAL
-REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL
- REALIZAR LIMPIEZA PERIÓDICA DEL OÍDO EXTERNO, MEDIANTE USO DE TOALLA HÚMEDA, NO HACER USO DE APLICADORES, COPITOS, NI INTRODUCIR LÁPICES, LLAVES, DEDOS SUCIOS U OTROS IMPLEMENTOS.
- NUNCA SE AUTOMEDIQUE. SI PRESENTA DOLOR, INFECCIÓN O COMEZÓN EN EL OÍDO CONSULTE AL MÉDICO.

**FONOAUDIÓLOGO**

SARA JARAMILLO E

**Firma:**

**Nombre:** JARAMILLO ECHAVARRIA SARA DEL CARMEN

**R. M.:** 1020480402 **L.S.O.:**

**Código de Seguridad**

**B1019H2N10196**

**TRABAJADOR**

**Firma:**

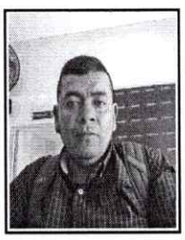
**Nombre:** MARTINEZ ROA JUAN CARLOS

**CC** 1121827525

CONFIANZA IPS
GESTORES EN SALUD

**CONFIANZA IPS SAS**
**NIT: 901.467.026-4**
Dir: **Carrera 36 # 33 - 08**
Celular: **321 930 5433**
Correo: **administracion@confianzaips.com**
**www.confianzaips.com**

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024-2012
22-CEP-070



# EXAMEN DE Optometría

**DATOS PERSONALES** — **Atención Nº: 11,809**

**Fecha:** 27/01/2025 1:54 p.m. **Municipio:** VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) **CC:** 1121827525 **Nombre:** MARTINEZ ROA JUAN CARLOS
**Edad:** 38 AÑOS **Género:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** PROFECIONAL HSEQ **Empresa:** PARTICULARES
**Eps:** **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** VILLAVICENCIO **Motivo Consulta:** EXAMEN VISUAL OCUPACIONAL DE INGRESO

**ANTECEDENTES VISUALES**

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | NO |
| USA ANTEOJOS | NO USA |

**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 | 05M | N/A | NA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/20 | 05M | N/A | NA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/20 | 05M | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

**EXAMEN EXTERNO**

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

**REFLEJOS**

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

**COVER TEST**

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

**MOTILIDAD OCULAR**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

**PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

**OFTALMOSCOPÍA**

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

**QUERATROMETRÍA**

OJO IZQUIERDO: **K´ = 4150/4150*0**
OJO DERECHO: **K´ = 4150/4150*0**

**REFRACCIÓN**

OJO DERECHO: **N-050*0** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **N-050*0** AV VL 20/ **20**

**RX FINAL**

OJO IZQUIERDO: **N-050*0** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **05M** ADD
OJO DERECHO: **N-050*0** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **05M** ADD

**VISIÓN COLOR**

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

**ESTEREOPSIS**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| Z010 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

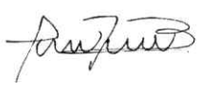
**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

**OPTOMETRA**



**Firma:**

**Nombre:** HERRERA BEDOYA LILIANA GRACIELA

**R. M.:** 0996 **L.S.O.:** 0

**Código de Seguridad**

**S1019Y3E11809**

**PACIENTE**

**Firma:**

**Nombre:** MARTINEZ ROA JUAN CARLOS

**CC:** 1121827525

POLI
POLITÉCNICO
GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

*Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,*
*Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991*

*En atención a que:*

# *Juan Carlos Martinez Roa*

*CC. No. 1121827525 Expedida en Villavicencio*

*Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de*

# *Profesional en Gestión de la Seguridad y la Salud Laboral*

*y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad, en testimonio de lo cual se firma y sella.*

*Bogotá D.C. 15 de septiembre de 2020*

*EL DECANO*

*EL RECTOR*

*EL SECRETARIO GENERAL*

*Registrado Libro Núm. 11 Folio Núm. 36 , reg. Interno: 92159 , Diploma: 83366*

*Este Diploma se registró en la Institución con base en las disposiciones legales, especialmente el Decreto No. 2150 del 5 de diciembre de 1995*

*Registrado en el Folio Núm.98 del Libro Núm. 15*

Powered by CamScanner

POLI
POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

*Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980,*
*Ministerio de Educación Nacional, Reforma Estatutaria 8963 del 11 de Septiembre de 1991*

## ACTA DE GRADO Núm. 455

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el día 15 de septiembre de 2020 bajo la presidencia del Doctor, **CARLOS BERNARDO CARREÑO RODRÍGUEZ**, Rector, se llevó a cabo el acto de graduación, con el objeto de otorgar el título de **Profesional en Gestión de la Seguridad y la Salud Laboral**, programa que fue aprobado por medio de la Resolución Número 17170 del 17 de octubre de 2014 del Ministerio de Educación Nacional, a **MARTINEZ ROA JUAN CARLOS**, identificado(a) con la C.C. No. 1121827525 de Villavicencio, quien cumplió con todos los requisitos académicos exigidos para obtener dicho título. Se le tomó el juramento de graduación y recibió el diploma Núm. 83366, registrado en el folio 98 del libro Núm. 15 de actas de grado.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Bogotá D.C. el día 15 de septiembre de 2020.

**EL RECTOR**
**CARLOS BERNARDO CARREÑO RODRÍGUEZ**

**SECRETARIO GENERAL**
**JAIME SARMIENTO MARTÍNEZ**

Powered by CamScanner

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

## juan carlos martinez roa

C.C 1.121.827.525

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de julio 2026

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 765916411000

# **Certificación**
# Bancaria

Viernes, 24 de julio de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN CARLOS MARTINEZ ROA identificado(a) con CC 1121827525, 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 | 36475845921 | 2017-04-26 | 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.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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