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
Moreno	Bustamante	Brahiam Stiven

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1221717315

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

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES 11 AÑO 1995

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: RISARALDA

MUNICIPIO: SANTUARIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: manzana 15 casa 16

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: QUINDÍO

MUNICIPIO: ARMENIA

TELÉFONO: 33333 EMAIL: brahiam3264@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 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	9	X		ENFERMERIA	11	2021	si

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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 HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 22588801	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	07	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* APS						*DIRECCIÓN* CALLE 6 SUR null null 6 No. 3-25					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD clinicasagradafamilia			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3206770202	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION QUIRURGICOS						*DIRECCIÓN* Carrera 15 12-10, Armenia 630004 ·					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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						

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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
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 Ortega 22 de septiembre 2016

Brahicm Stiven Moreno B.

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	BRAHIAM STIVEN
Apellidos	MORENO BUSTAMANTE
Fecha de Nacimiento	15/11/1995 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	CompleteUniversity
Género	Male
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	brahiam3264@gmail.com
Teléfono	
Celular	3206770202

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	dario
SMS para recuperar la contraseña	3206770202

Editar

República de Colombia

UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C. Nº 1.221.717.315 de CON-MADRID

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Enfermero

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Decana

En la ciudad de PEREIRA
28 de enero de 2022
Acta 1181, Folio 112, Libro 6

El Rector

Digitally signed by: ETITULO - UNIVERSIDAD LIBRE -

Date: 24 mar. 2022 02:13:39 UTC

https://etitulo.com/validate/v/9C463CDD-B2B3-4A82-AF12-0726C041EDE4

204432

El Secretario General

Oficina de Admisiones y Registro
28 de enero de 2022
Registro 14960, Folio 383, Libro de Registro 12

Jefe de Admisiones y Registro

COPIA · ELECTRÓNICA · AUTENTICA

Clínica
La Sagrada Familia

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE LA CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA S.A.S

NIT 901.352.353-3

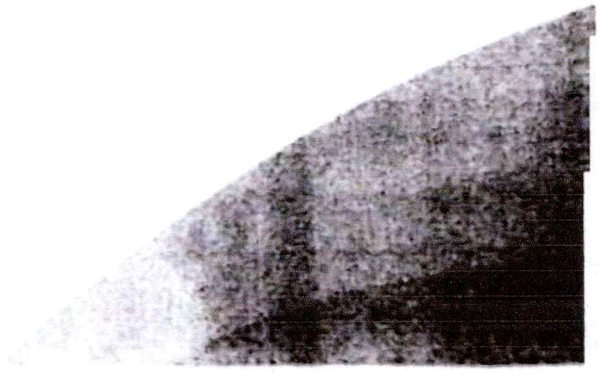
CERTIFICA :

Que el (la) señor (a) **MORENO BUSTAMANTE BRAHIAM STIVEN** identificado (a) con cédula de ciudadania número **1.221.717.315** de **Bogotá, D.C.** labora en esta institución desde el día **4 de Septiembre** de 2025 actualmente desempeña el cargo de **JEFE DE ENFERMERÍA** mediante contrato a **Término Indefinido**. devengando un salario básico mensual de **DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.700.000).**

El presente se expide el dia 31 de Marzo de 2026, a solicitud del interesado.

COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

Carrera 19 calle 9 Esquina Armenia Quindio
Call center (+57) 606 7466262
FBX (+57) 606 7466262
Clínica La Sagrada Familia
Clínica La Sagrada Familia
@Clínica La Sagrada Familia
www.clinicasagradafamilia.net



	La salud es de todos	Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Brahian Stiven

Apellidos: Moreno Bustamonte

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1221717315

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1995

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
~~PAPERAS~~ Sarampión - Rubeola	Única	27/08/25	A59CF848A1	Claudia S
Fiebre Amarilla	Única	27/08/25	SANOFI: Y3918IV	claudia S
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) tetano Delta	1	14/11/2018	22150216B	ESE Salud Pereira
	2	27/08/25	22080092AB	Claudia S
	3	← 27 ab 2026		
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	27/08/25	22030012SA	Claudia S
	2	← 29 Sept 2025		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	27/08/25	1505250006	Claudia S
Otras VARICELA	①	27/08/25	2008369	Claudia S
	②	← 29 Oct 2025		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23.04 2021	Pfizer	ET6924	Ese salud Pereira	Fernelly Valencia	25160E16
	2	14-05-21	Pfizer	ET6924	Ese salud Pereira	Edilia lopez	25195604
		07-05-22	Pfizer	ACCESS	Maraya	Valentina lemus	

Scanned with CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Brahiam Stiven

Apellidos: Moreno Bustamante

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.221 717 315

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 11 Año 1995

Scanned with CamScanner

https://web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-13--4:18:09 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1221717315	BRAHIAM	STIVEN	MORENO	BUSTAMANTE	Vigente	Ver

onformidad con los articulos 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) señ
BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE identificado(a) con CC 1221717315 registra La siguiente información:

2026-09-13--4:18:09 PM

Información Académica

Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2022-03-30	1221717315	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERI

Datos SSO

Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
nerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

ón 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 pue
ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigente
ón 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, ma
al, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.221.717.315**

MORENO BUSTAMANTE

APELLIDOS

BRAHIAM STIVEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1995**

SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ENE-2014 CON MADRID ESP
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-8835530-00559055-M-1221717315-20140401 **00377**81025A 1 35038657

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 **BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE** identificado con CC No. 1221717315, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	BRAHIAM
Segundo Nombre:	STIVEN
Primer Apellido:	MORENO
Segundo Apellido:	BUSTAMANTE
Tipo Documento:	CC
Número Documento:	1221717315
Estado Libreta Militar:	REGISTRADO

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

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 13 días del mes de SEPTIEMBRE de 2026, a las 16:48:35.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO



BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C. 1.221.717.315

Universidad Libre

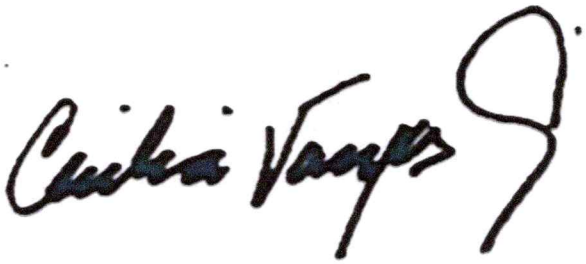
Pereira

Fecha de Expedición Diploma: 28/01/2022

Fecha de Inscripción en Rethus: 30/03/2022

Scanned with CamScanner

49173



Representante Legal Organización Colegial de Enfermeria

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermeria.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14952899073

(415)7707212489984(8020) 000001495289907 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 2 2 1 7 1 7 3 1 5	6	Impuestos y Aduanas de Pereira	1 6	

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 2 2 1 7 1 7 3 1 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
ESPAÑA	2 4 5	MADRID 3 5 5 3 0	

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	BUSTAMANTE	BRAHIAM	STIVEN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

41. Dirección principal
MZ 9 CA 4 P 2 BRR VILLA DEL BOSQUE CUBA

42. Correo electrónico brahiam3264@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 7 6 1 9 3 0 4	

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 2 9 9	2 0 2 2 0 1 0 1							

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2023-10-02 / 01:01:34PM

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 MORENO BUSTAMANTE BRAHIAM STIVEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900520616 -2
Avenida Guabinal MZ F CS 17 Jordan
Ibagué - Colombia
Cel. 3108766202



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.149

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	06 MES	2026 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	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	
MORENO BUSTAMANTE BRAHIAM STIVEN	MASCULINO	30 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1221717315 (Número)

Cargo: **ENFERMERO**

EPS	AFP	ARL
SURA	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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:

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL ✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

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

LENIN A. PUERTAS SILVADO. Médico Esp. SO. Reg.: 2011 del 25-06-2014 S.S.S.T.

Firma:

Nombre: CC: 1129538207 - LENIN ALFONSO PUERTAS

R. M.: 991438 **L.S.O.:** 100018

Código de Seguridad
N470T1Z12149

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORENO BUSTAMANTE BRAHIAM STIVEN

CC: 1221717315

Certificación DaviPlata

Por medio del presente documento, el Banco Davivienda S.A., identificado con el Nit. 860.034.313-7, certifica que **BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE** con **Cédula de Ciudadanía** número **1.221.717.315** , a la fecha de expedición de esta certificación, posee con nuestra entidad el siguiente producto financiero:

Producto	Número de Producto	Estado
DaviPlata	314 795 8896	Activo

Para efectos de procesos de pagos y desembolsos de nómina a través del sistema de ACH **se informa que el código a utilizar es "DaviPlata 1551".**

La presente certificación se expide a quien interese por solicitud del titular el día 13 del mes septiembre del año 2026.

Cordialmente,

Banco Davivienda S.A,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DaviPlata es un depósito de bajo monto u ordinario amparado por el seguro de depósito Fogafín.

Fogafín Seguridad para tu dinero — Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

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	2026-09-13 17:06

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BRAHIAM	STIVEN	MORENO	BUSTAMANTE

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1221717315

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	SANTUARIO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

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	HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

Dirección	["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
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

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:

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1221717315** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1221717315
NOMBRES Y APELLIDOS	BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	26/10/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **13/09/2026**

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.221.717.315**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre 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.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302846623

PIB
16:15:47

Bogotá DC, 13 de septiembre 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) BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1221717315:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 13 de septiembre de 2026, a las 16:19:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1221717315
Código de Verificación	1221717315260913161905

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:13:10 PM horas del 13/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1221171315

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.

Volver al Inicio

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, 13/09/2026 04:21:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1221717315** y Nombre: **BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE.**

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. **147569297** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:27:48 horas del 13/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1221717315,** Apellidos y Nombres **MORENO BUSTAMANTE BRAHIAM STIVEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital san jose ortega**, con NIT **890700967-1** 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 1221717315 **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 13/09/2026 04:33 PM

Código Verificación: **F9J8SR5MYU**

Válida hasta: **13/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE, con CC No. 1221717315, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 13 de septiembre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Carrera 13A N° 106A - 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 - Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com / trienfer@gmail.com

Clínica
La Sagrada Familia
Servimos con el Alma

Clínica La Sagrada Familia

NIT: 901.352.353-3

Certifica que

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

N° Identificación: **1221717315**

Realizó y aprobó el curso de:

ENTRENAMIENTO ATENCIÓN A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Cumpliendo con las actividades propuestas por parte del área encargada.

Este certificado es expedido en la ciudad de Armenia el *30 de agosto de 2025*

Dra. Erika Liliana Prada Gutiérrez
Gerente

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución ***0459 de 2012 - 3100 de 2019***

Emitido el 17/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA – ACLS"
(RCP) Reanimación Cardio Respiratorio en Adultos

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como: (AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation.

Emitido el 31/08/2025 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Clínica
La Sagrada Familia
Servimos con el Alma

Clínica La Sagrada Familia

NIT: 901.352.353-3

Certifica que

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

N° Identificación:1221717315

Realizó y aprobó el curso de:

GESTION DEL DUELO

Cumpliendo con las actividades propuestas por parte del área encargada.

Este certificado es expedido en la ciudad de Armenia el *30 de agosto de 2025*

Dra. Erika Liliana Prada Gutiérrez
Gerente

Clínica
La Sagrada Familia
Servimos con el Alma

Clínica La Sagrada Familia

NIT: 901.352.353-3

Certifica que

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

N° Identificación: 1221717315

Realizó y aprobó el curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Cumpliendo con las actividades propuestas por parte del área encargada.

Este certificado es expedido en la ciudad de Armenia el *30 de agosto de 2025*

Dra. Erika Liliana Prada Gutiérrez
Gerente

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POCT) POINT-OF CARE TESTING

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 200 de 2021 - 3100 de 2019***

Emitido el 16/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia - ***3100 de 2019: 230101146 – 230101147 – 230101148***

Emitido el 16/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

TOMA DE CITOLOGÍA Y PRUEBAS ADN - VPH CERVICOUTERINO

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 3100 de 2019***

Emitido el 17/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***20 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLÓGICOS

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por la "OMS - OPS" Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud y Protección Social - ***Resolución 3100 de 2019***

Emitido el 17/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

3 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68b90389-6414-422c-8402-b5ceac1f5455

ebed86de-e006-4204-8488-326aab02284d

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

ha participado en el:

Curso Virtual de Eliminación de Malaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25

17 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=ebed86de-e006-4204-8488-326aab02284d

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***Diplomado*** *en:*

AIEPI COMUNITARIO
ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 0459 de 2012 - 3100 de 2019***

Emitido el 17/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***120 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

brahiam stiven moreno bustamante

N° de identificación: 1221717315

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 161f1f3f-897e-421b-a549-f8ae9f616556

domingo 31 de agosto de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

BRAHIAM STIVEN MORENO BUSTAMANTE

C.C: 1.221.717.315

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

EXAMEN CLÍNICO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 3100 de 2019***

Emitido el 17/06/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*

Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Braham Stiven Moreno B identificado con la cedula de ciudadanía No. 1221717315 expedida en Madrid ESP., autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega, el día 22 (__) de Septiembre de 2026.

Firma: _____
Nombre: Braham Stiven Moreno
Cédula: 1221717315

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Braham Stiven Moreno B., identificado con la cedula de ciudadanía No. 1221717315, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica)**.

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

) Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E**,** alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los 22 de septiembre 2026

Baham Stiven Navero
Nombre completo y firma CC. 1221717315
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GE-FO-15
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD		Versión: 01 Fecha: 04/11/2025

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Boham Stiven Moreno B.
CEDULA:	1221717315
CARGO:	Enfermero
DIRECCION:	Barrio techitos
TELEFONO:	3206770202
CORREO ELECTRONICO:	Bohamstiven26@gmail.com

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el 22 (__) del mes de Septiembre del año 2026.

Firma:

Braham Stiven Moreno
C.C. No. 1221717315 de Neiva EPS.

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Brahiam Stiven Moreno identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1221717315 expedida en Ortega, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: _____
Nombre: Brahiam Stiven Moreno
Identificación: 1221717315
Fecha: 22-Septiembre 2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud