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
GUALTEROS	ARANZAZU	JHON FREDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 9726341	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 9726341 D.M. 39

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 09 AÑO 1980	UNIDAD RES SAVANNAH TORRE 4 APTO 503 APARTAMENTO 502 VIA CONDINA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	RISARALDA
DEPTO	CÓRDOBA	MUNICIPIO	PEREIRA		
MUNICIPIO	LORICA	TELÉFONO		EMAIL	gemelo618@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES , SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	11	2024	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2014	1862

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	70	X		SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO	06	2024
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIA	06	2024
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN INFORMAL	70	X		MANEJO DE PRUEBAS RÁPIDAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POINT OF CARE TESTING)	06	2024
IDEAS MEDICAS AVANZADA EN SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD	09	2024
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)	09	2024

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 CLINICA LOS ROSALES				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3357454	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE ENFEMERIA	*DEPENDENCIA* JEFE DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 9A 25 25					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"					*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA BOLIVAR 17 NORTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3184374981	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3184374981	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA BOLIVAR 17 NORTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500393	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA QUIRURGICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA BOLIVAR CALLE 17 NORTE ARMENIA-QUINDIO						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* ARMENIA							
DEPARTAMENTO SIN DATO	*MUNICIPIO* SIN DATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7494384	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UCI					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500393	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UCI					*DIRECCIÓN* AVENIDA BOLIVAR CALLE 17 NORTE ARMENIA-QUINDIO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION ONCOLOGOS DE OCCIDENTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3310712	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* 3 PISO HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CALLE 57A A ESTE 28A 40 ESTE CALLE 57#28-40						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
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 Armenia Quindío 29 Mayo 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-05-29 11:13

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHN	FREDDY	GUALTEROS	ARANZAZU

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	9726341

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	QUINDÍO	Municipio	ARMENIA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA

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 MENTAL FILANDIA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	QUINDÍO	Municipio	FILANDIA

Dirección	["Calle 8 No. 7-55"]
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	$4.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.000.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	$12.000.000,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.800.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	RISARALDA	PEREIRA	$150.000.000,00

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.726.341**

GUALTEROS ARANZAZU

APELLIDOS

JOHN FREDDY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1980**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-NOV-1998 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2600100-00209423-M-0009726341-20100118 **00200**03754A 1 4160589021

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
GOBERNACIÓN DE RISARALDA



INSCRIPCION DEPARTAMENTAL

Nombre	**JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU**
Identificación	9.726.341
Profesión	**ENFERMERO**
Inscripción No.	1862
Fecha	17 de Octubre 2014

Lina Beatriz Rendon Torres
Secretaria de Salud

Valido solo en el departamento
de Risaralda-Colombia



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
Tarjeta de Reservista Primera Clase

9726341

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2010	DIC.	31 2020

APELLIDOS Y NOMBRES

GUALTEROS ARANZAZU
JOHN FREDDY

UM INPEC ESP: MIL

PROFESION ARMADOR

GUALTEROS



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

9726341

TC. PEDRO J. SOTO SUAREZ
Cmte. de Zona

03-MAR-2000

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

9726341

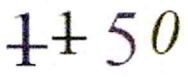
Primer Nombre

JOHN

Primer Apellido

GUALTEROS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5733

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-05-25→7:27:50 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	9726341	JOHN	FREDDY	GUALTEROS	ARANZAZU	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU identificado(a) con CC 9726341 registra La siguiente información:

2026-05-25→7:27:50 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2014-10-17	1872	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2010-04-28	586	Gobernación del Quindio

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud



lido en Colombia.
rar a zonas de riesgo.

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: JOHN FREDDY

Apellidos: GUALTEROS ARANZAZU

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 9726341

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 09 Año 1980

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: jhon fredy

Apellidos: Gualteros Aranzazu

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 9726341

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 09 Año 1980

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: John Freddy

Apellidos: Gualteros Aranzazu

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

No. 9726341

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 09 Año 1980

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: John freddy.

Apellidos: Gualteros Aranzazu.

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

No. 9726341

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 09 Año 1980.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	25/10/24	2333L021C	Ha Disney A
	2	18/11/24	2333L021C	Ha Disney A.
	3	16 JUN. 2025	TETANO L.2208004248 FV 04/27	
	4	JUNIO 2026		
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	02-11-2024	23BHBV015	Fufees
	2	27 DIC. 2024	HEPATITIS B L. 23GHBV015	
	3	16 JUN. 2025	HEPATITIS B L.220500424C V.07/2027	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	25/10/24	V50524003	Ha Disney A
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	10/11/20	0T0Z0006	M. Antonia
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23.04.21	Pfizer	ET6924	HSJD	Hana D Arango	53107352
	2	22.01.22.	Pfizer.	AN3815	HSJD.	Luisa Agudelo.	24815427

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1er Ref	31.10.22	Pfizer	PCA0076	HSJD	Luisa A	24815427
	2						

VACUNA	LOTE No.	DOSIS REFUERZO	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
Toxoide-Tetánico Diftérico		1a. Dosis		
		2 meses		
		3ra. dosis (femenina)		
		4a. dosis (femenina)		
		5a. dosis (femenina)		
Otros				

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: John Freddy Gualteros

Identificación: 9726341 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1	4-4-19	UPX180008	
		4-5-19		

Cortesía de Sanofi Pasteur

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Sarampión Rubéola	Única				
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1				
	2				
	3				
	Cada 10 años				
Hepatitis B	1				
	2				
	3				

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Fiebre Amarilla	Cada 10 años				
Influenza	Anual	1ª 25-04-19	928876.		
Fiebre Tifoidea	Cada 3 años				
Hepatitis A y B	1				
	2				
	3				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	19/07/11	012-N1003	Jessica
Toxoide Tétano Difteria Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Jhon Freddy Gualteros

Identificación: 9.726.341 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1	15-04-21	UFX19007	Amparo
	2	15-05-21	VE219081	Ximena
	3	15-06-21		

Cortesía de Sanofi Pasteur

CERTIFICADO DE VACUNACION

Nombre del Usuario: Yhon F. GUALTEROS
Identificación No. 9726341
Carné No.

VACUNA	LOTE No.	DOSIS REFUERZO	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
Hepatitis B		1a. Dosis		
		al mes		
		6 meses		
Fiebre Amarilla		1a. Dosis		

MOD-CARNVA-274

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador

CO.450150920

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	LOTE No	UNIDAD	FIRMA
Neumococo	1				
	Caso especial 2				
Hepatitis A	1				
	2				
Varicela	1				
	2				
Otras					

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre del usuario: Yhon Freddy Gualteros Jiranzazu.

Identificación No: 9726341

Carnet No:

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado, Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Jhon Freddy														
Apellidos:	Gualteros Jiranzazu														
Documento de Identidad	C.C. X	T.I		Pasaporte		No. 9'726.341.									
Fecha de Nacimiento	Dia 2 2	Mes 0 9	Año 1 9 8 0												

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Fiebre A	U	26-08-23	7300	Jenni

SPCO.SAPAS.18.07.0081

DECLARACIÓN RELACIONADA CON INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA NOMBRAMIENTO Y/O CELEBRAR CONTRATOS CON LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA.

JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 9726341, manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para nombramiento y/o CelebrarContratos con la ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, entre otros declaro:

1. Que SI_NO_X_he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).

2. Que como servidor público SI_NO_X_ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)

3. Que SI___ NO_X__ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que SI____NO_X___en sentencia judicial he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que SI____NO_X_ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál?_____(Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato? SI____ NO_X___ ¿Cuál?_____(Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa? SI_NO_X_____(Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público? SI____NO_X___(Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta de Acción Comunal del Municipio del Quindío? SI_NO_X_(Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para esta misma licitación? SI___NO_X___(Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato? SI NO_X___¿Cuál?_____(Art. 8°, Num. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante? SI____ NO_X___ ¿Quién?_____¿Cuál fue el monto del aporte?_____(NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembro de la junta o consejo directivo, o que ejerzan el control interno o fiscal de la entidad? SI NO_X___¿Quién?_____Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).

14. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? SI NO__X_¿Cuál?_____¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI__ NO__Indique fecha de retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°). NO X__ Indique fecha de

15. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal? SI____NO_X__.
¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI____ retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

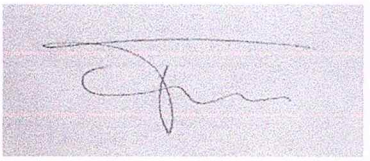
16. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI____NO__X_ ¿Cuántas?_____(Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)

17. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI____ NO_X___ ¿Cuántas?_____(Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).

18. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI__NO_X_ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).

19. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato? SI____ NO__X_ ¿Cuál?_____(APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.



FIRMA:
NOMBRE: JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU
C.C. 9726341 DE ARMENIAS-QUINDIO

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte								Tipo de Solicitud	
29 día	05 mes	2026 año	Cliente		Contratista		EPS		Proveedor		Vinculación	
			Colaborador	X	Junta Directiva		Otro				Actualización	

Ciudad | Regional | Zonal

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
Gualteros	Aranzazu	John	Freddy	CC X CE TI PAS CD	9726.341

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día / mes / año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	Dirección
Armenia Quindio	13 / 11 / 1998	Armenia Q	22 / 09 / 1980	Savannah B-4 Apto 502

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
	3001327971	Pereira	Risaralda	Enfermero	Enfermero

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?
~~NO~~	~~NO~~	~~NO~~	~~NO~~

PERSONA JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico

Tipo de sociedad: Anónima | Limitada | S.A.S. | Otra | ¿Cuál?

Tipo de empresa: Privada | Pública | Mixta | Sin ánimo de lucro

Actividad económica principal

Salud	Farmacéutico	Químico	Industrial	Otro	¿Cuál?
Transportes	Servicios	Comercial	Financiero		Código CIIU

Descripción de la actividad económica

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**	**Departamento**

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
				CC CE PAS CD	

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	Total pasivos $	Patrimonio $
$ 150'000.000 -	$ 25'000.000 -	150'000.000
Ingresos mensuales $ 4'000.000	**Egresos mensuales $** 4'000.000	**Otros ingresos $**

Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:	

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta: Corriente	Tipo de Cuenta: Ahorros	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
	X	Bancolombia	Pereira	

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en	Tipo de transacciones

moneda extranjera?	Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Préstamos		Pago de servicios		Transferencias		Otros	
Sí [ ] No [X]	¿Cual?													

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1.

Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA a:
1.Con base en la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales, autorizo expresamente a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, o a quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y seguimiento de la gestión de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general, Al igual que revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.
Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, el funcionario, el contratista o proveedor llegaren a ser:
1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el origen constitucional.
2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial o relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta clausula.
El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA Por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar, originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA y a los terceros que este le indique.

2 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

3 Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

4 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

5 De manera irrevocable autorizo a LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.

6 Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

7 Eximimos a LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

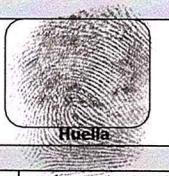
1.	Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si [ ]	No [X]	
2.	La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si [ ]	No [X]	
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si [ ]	No [X]	

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento						Número de identificación
	CC		CE		PAS		

Lugar de expedición	Firma

ARMENIA QUINDÍO, 29 DE MAYO DE 2026

DOCTOR
JUAN CARLOS PATIÑO ZAMBRANO
GERENTE E.S.E HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA

YO **JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU** IDENTIFICADO CON CÉDULA **9.726.341** OFREZCO MIS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA

EL VALOR DE LA PROPUESTA ES DE TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000) POR 20 TURNOS AL MES.

GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA

FIRMA
JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU
CC. 9.726.341

ARMENIA QUINDÍO, 29 DE MAYO DE 2026

DOCTOR
JUAN CARLOS PATIÑO ZAMBRANO
GERENTE E.S.E HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA

YO **JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU** IDENTIFICADO CON CÉDULA **9.726.341** OFREZCO MIS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA

EL VALOR DE LA PROPUESTA ES DE CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS ($4.375.000) POR 20 TURNOS AL MES.

GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA

FIRMA
JOHN FREDDY GUALTEROS ARANZAZU
CC. 9.726.341