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
SALAZAR	ROJAS	JAMES ADALBERTH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 10025406	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 75081330263 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 08 AÑO 1975	CIRCULAR 8A 15 107 TORRE 1 APTO 902 TORRES DE SANTA MARTHA, DOSQUEBRADAS			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	RISARALDA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	PEREIRA		
MUNICIPIO	MEDELLÍN	TELÉFONO	3137944	EMAIL	jasarojas@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2021

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	3	X		ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO	07	2018	2129
PREGRADO	13	X		MEDICINA	12	2003	1830

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

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
INGLÉS		X				X	X		

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 Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3113837086	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AMBULATORIO				*DIRECCIÓN* CALLE 24 7 29							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* DOSQUEBRADAS				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3302507	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	06	*Año*	2003	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AMBULATORIO				*DIRECCIÓN* CARRERA 19 18							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6063206747	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AMBULATORIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 26 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3302507	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* santa monica dosquebradas					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MISIONPLUS SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* DOSQUEBRADAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105231936	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AMBULATORIOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 19 28					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD gando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105231936	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AMBULATORIOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 19 28					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105231936	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AMBULATORIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 19 28					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SANTA CLARA IPS SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* DOSQUEBRADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3216472154	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 13 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* DOSQUEBRADAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3302507	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2004	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* URGENCIAS - HOSPITALICION					*DIRECCIÓN* CARRERA 19 15					

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	23	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Pereira 25 de Septiembre de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

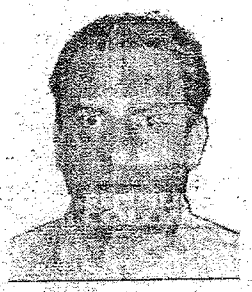
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.025.406
SALAZAR ROJAS

APELLIDOS
JAMES ADALBERTH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1975
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-SEP-1993 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402500-00061382-M-0010025405-20080830 0002800878A 1 4920008156

LA JEFE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA.

CERTIFICA:

Que el señor **JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS** Identificada con cedula de ciudadanía **10.025.406**, ejecutó los siguientes contratos en la E.S.E Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.

Objeto: prestar los servicios profesionales en medicina con formación, certificación y registro en el directorio de certificadores de discapacidad para integrar el equipo multidisciplinario de certificados de discapacidad, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad RLCPD de la ese hospital san pedro y san pablo del municipio de La Virginia.

CONTRATO	VALOR INICIAL	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
057-2023	$7.500.000,00	2023/01/16	2023/05/19
181-2023	$7.095.000,00	2023/08/25	2023/12/23
234-2024	$4.818.000,00	2024/09/03	2024/12/31

Para constancia se firma en La Virginia; Risaralda, El día 18 del mes de marzo del 2025

Magnolia Gómez Restrepo

MAGNOLIA GOMEZ RESTREPO
Jefe Administrativa y financiera

Laura Daniela Cortes G.

Elaboro: **Laura Daniela Cortes Giraldo**
Profesional de apoyo en Contratación

Cert. N° 04

LA ASESORA JURÍDICA DE LA E.S.E HUSJ
CERTIFICA

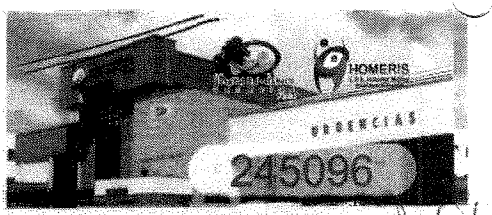
Que el contratista **JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS** identificado con CC 10.025.406, suscribió en los contratos 566-2023 que tiene como objeto:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS CERTIFICACIONES DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (RLCP) EN LA ESES HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE, ACORDE CON LA NORMATIVIDAD LEGAL DE ACUERDO AL ESTUDIO DE CONVIVENCIA ADJUNTO Y A LA PROPUESTA DEL CONTRATISTA LA CUAL HACE PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO PARA LA VIGENCIA

NÚMERO DE CONTRATO	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
566-2023	06/09/2023	31/12/2023	6.450.000	CUATRO MESES Y VEINTIDOS DIAS

El presente certificado se expide a solicitud del interesado, en la Ciudad de Pereira a los cinco (05) días del mes de marzo de dos mil Veinticuatro (2024).

Estampilla



PRO-HOSPITALES UNIVERSITARIOS

JULIANA LOPEZ SALAZAR
Asesora Jurídica

LAURA ESTRADA SANCHEZ
VoBo. Coordinadora Supervisión Técnica

Proyecto: MARILUZ RIOS BEDOYA

Verifique Registro en RETHUS | Limpiar

Resultado General -2025-01-15--10:42:56 PM

CC	10025406	JAMES	ADALBERTH	SALAZAR	ROJAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS identificado(a) con CC 10025406 registra la siguiente información:

2025-01-15--10:42:56 PM

Información Académica

UNV	Local	MEDICINA	2004-06-16	1830	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Presto SSO	Local	COLOMBIA|CHOCÓ|TADÓ	2003-12-08	2004-06-08	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	La

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

ACTA DE GRADO

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL PEREIRA
NIT. 890.013.798-5

Acta de Grado No. 634
Folio No. 35

En el Auditorio Principal Sede Belmonte de la Universidad Libre Seccional Pereira, siendo las 3:00 pm del día 28 del mes septiembre del año 2018, se reunieron los Doctores FERNANDO URIBE DE LOS RIOS, Rector Seccional, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ LUGO, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, y WALTER IVAN GARCIA MORALES Secretario Académico de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34 del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: SALAZAR ROJAS JAMES ADALBERTH, Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 10025406 de Pereira, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: **ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GERENCIA Y CONTROL DE RIESGOS**

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): SALAZAR ROJAS JAMES ADALBERTH, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Pereira, a los 28 días del mes de septiembre del año 2018.

Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

El Graduado (a)

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

ACTA DE GRADO

EL DIRECTOR DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de Grado de la Universidad figura la siguiente: **ACTA DE GRADO N° 955**

En la ciudad de Pereira, Departamento de Risaralda, República de Colombia, a los cinco (05) días del mes de diciembre de dos mil tres (2003), se cumplió el acto de graduación de **JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS**, con cédula de ciudadanía N° 10.025.406. Presidió el acto el doctor LUIS ENRIQUE ARANGO JIMÉNEZ, Rector de la Universidad y actuó como Secretario el doctor CARLOS ALFONSO ZULUAGA ARANGO, Secretario General. El doctor DIEGO OSORIO JARAMILLO, Director del Centro de Registro y Control Académico informó que el aspirante terminó sus estudios en el año dos mil dos (2002) segundo semestre y obtuvo un promedio de grado de Tres puntoSiete (3.7). El Rector de la Universidad le confirió el título de Médico y Cirujano, por medio de la Resolución N° 3598 del 04 de diciembre de 2003 y autorizó este acto por haber cumplido el graduando con todos los requisitos exigidos y aprobado todas las asignaturas del plan de estudios correspondiente. El señor Rector tomó el juramento al graduando y le hizo entrega del diploma que lo acredita como Médico y Cirujano. Título aprobado por el Consejo Superior mediante el Acuerdo 007 del 24 de febrero de 1994, con Registro ICFES 11114610000660011110O.

En constancia de lo anterior se expide y firma la presente Acta,

El Rector ,Fdo. LUIS ENRIQUE ARANGO JIMÉNEZ

El Decano de la Facultad , Fdo. ALVARO ESTRADA OSPINA

El Secretario General, Fdo. CARLOS ALFONSO ZULUAGA ARANGO

Anotado al Folio 194.S-8 Libro Registro Diplomas N: 2 05 de diciembre de 2003

Es fiel copia tomada del original a los cuatro (04) días del mes de junio de dos mil cuatro (2004)

DIEGO OSORIO JARAMILLO
DIRECTOR CENTRO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

NOTA: Esta acta carece de validez sin el sello seco del Centro de Registro y Control Académico de la Universidad Tecnológica de Pereira.

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

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

James Adalberth Salazar Rojas

No. 10.023.406 de Pereira

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

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia y Control de Ri

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.

El Decano

El Rector

El Secretario General

En la ciudad de Pereira

28 de Septiembre del 2018

Acta 634 Folio 035 Libro 05

Oficina de Admisiones y Registro

28 de Septiembre del

Registro 5866 Folio 376 Libro de Registro 0

Jefe de Admisiones y Registro

cr 160813

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico y Cirujano

A

James Adalberth Salazar Rojas

IDENTIFICADO CON: C.C 10.025.406

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

D I P L O M A

EN LA CIUDAD DE PEREIRA A LOS 5 DÍAS DEL MES DE Diciembre DE 2003

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR REGISTRO ACADÉMICO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

ANOTADO EN EL FOLIO No 194.S-8
DEL LIBRO DE DIPLOMAS 2

PEREIRA 5 DE Diciembre DE 2003

12561

MINISTERIO DE SALUD SERVICIO SECCIONAL DE SALUD CHOCO
Reconócese este Título para todos los efectos legales
Resolución ..... 1930 .....
Ciudad .....

Servicio Seccional de Salud Chocó

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 10025406

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Medellín. a los veintidos (22) dias del mes de julio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
Subdirectora
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

76263439 - 22/07/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9401002352633CC10025406C.

	NOMBRE CERTIFICADO		CÓDIGO 30L1030 - F24
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 30 ADMINISTRACION DE DOCUMENTOS Y ARCHIVO CENTRAL	VERSIÓN 1.0
			FECHA DE VIGENCIA 10/03/2015

LA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA

C E R T I F I C A:

Codigo No 2618-1

Que el Dr. **JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS** identificada con cedula de ciudadania No 10.025.406 ha suscrito contratos de prestación de servicios profesionales con la **E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA** de Dosquebradas bajo los siguientes términos:

OBJETO	Prestación de servicios profesionales de MEDICO para realizar los certificados de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD) en la ESE Hospital Santa Mónica acorde con la normatividad legal.
NUMERO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	95-2023
FECHA INICIO	18/01/2023
FECHA FINALIZACION	15/04/2023
VALOR DEL CONTRATO	$11.550.000

Este certificado se expide a solicitud del interesado a los 31 días mes de mayo de 2023

LUZ MARINA OSSA MONCADA
Gerente E.S.E Hospital Santa Mónica

Vo.Bo. Asesor Jurídico.

Proyectó: Paola A. Nieto Valencia

Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL
DIRECTORIO NACIONAL DE CERTIFICADORES DE DISCAPACIDAD
Actualizado con corte a 30 de junio de 2026

Formulario de consulta individual

CONSULTE AQUÍ

Ingrese su número de documento de identidad CC **10025406**

NOMBRE	APELLIDO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	PROFESIÓN
JAMES	SALAZAR	RISARALDA	SANTA ROSA DE CABAL	MEDICINA

AÑO DE FORMACIÓN	2021

Dosquebradas, Septiembre de 2026

Doctor:
SEBASTIAN CARDONA VANEGAS
Gerente
E.S.E Hospital San Pedro y San Pablo
La Virginia

Cordial saludo,

Siendo la E.S.E Hospital San Pedro y San Pablo una de las IPSs autorizadas por la Secretaría de Salud de Risaralda para la realización de Certificados de Discapacidad en el departamento de Risaralda, de acuerdo a la Resolución 1197 de 2024, y favorecida con el giro directo de recursos para el proceso de Certificación de Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de personas con Discapacidad (RLCPD) en el municipio de La Virginia, mediante la Resolución 105 de 2026, modificada por la Resolución 505 de 2026, ofrezco mis servicios como Medico y Cirujano, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia y Gestión del Riesgo, Certificador de Discapacidad, para hacer parte del equipo multidisciplinario certificador de la su entidad, ya que cuento con la idoneidad y experiencia
para tal fin.
Adjunto mi hoja de vida y anexos para su verificación.

Atentamente,

JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS

CC 10025406 DE PEREIRA RISARALDA

TEL 3043613655

Email: jasarojas@gmail.com

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS



C.C. 10025406

MÉDICO

Universidad Tecnológica de Pereira

Pereira

Grado: 05/12/2003

Rethus: 16/09/2004

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 - 9

CERTIFICA QUE

JAMES SALAZAR identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 10.025.406, ha estado vinculado con las siguientes empresas:

Numero Afiliacion	Empresa	Estado	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de finalización
2000000402	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN P	ACTIVO	28/04/2026	31/12/2026

Las fechas de ingreso y finalización reflejadas en este certificado corresponden a las últimas novedades registradas por el empleador.

Para el campo fecha de finalización tenga en cuenta que:

1. Si el estado del trabajador es "RETIRADO", la fecha de finalización corresponde a la fecha de retiro registrada en el sistema.

2. Si el estado del trabajador es "ACTIVO" y existe una fecha de finalización registrada, esta fecha corresponde a la fecha que finalización del contrato o práctica.

3. Si el estado del trabajador es "ACTIVO" y la fecha de finalización está en blanco, se entiende que el contrato es de naturaleza indefinida, por lo que no existe una fecha de finalización establecida.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 27 dias del mes de septiembre de 2026

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 27 dias del mes de septiembre de 2026

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

DOSQUEBRADAS,
RISARALDA,
COLOMBIA,

27/09/2026

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **10025406**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**127000070715**
Fecha de apertura	**26/01/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10025406,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de septiembre de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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 **JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **10025406** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 10025406
NOMBRES Y APELLIDOS	JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS
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	01/01/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **27/09/2026**

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO C DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 1

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:33:59 horas del 27/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ci
Apellidos y Nombres **SALAZAR ROJAS JAMES ADALBERTH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SA LA VIRGINIA**, con NIT **891401643-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra men inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2(*reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 171 normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:17:13 PM horas del 27/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **10025406**

Apellidos y Nombres: **SALAZAR ROJAS JAMES ADALBERTH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303794163

PIB
20:14:19

Bogotá DC, 27 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) JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 10025406:

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 27 de septiembre de 2026, a las 20:11:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	10025406
Código de Verificación	10025406260927201106

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141230293775

(415)7707212489984(8020) 000014123029377 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 2 5 4 0 6	1	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 0 0 2 5 4 0 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Dosquebradas 1 7 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAZAR	ROJAS	JAMES	ADALBERTH

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: CL 18 17 41 BRR SANTA MONICA

42. Correo electrónico: xamec@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 3 5 1 3 6 5 5	6 0 6 3 5 0 0 7 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 4 0 7 0 2					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2

5- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

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

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: SALAZAR ROJAS JAMES ADALBERTH

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa No. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Acuerdo Nro. D1-JD-015 del 20 de diciembre de 2016 emanado de la Junta Directiva de la E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO y demás disposiciones a través de las cuales se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa:

DATOS PERSONALES	
Nombres	JAMES ADALBERTH
Apellidos	SALAZAR ROJAS
Tipo de Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA
Númerode Identificación	10025406
Lugar de Nacimiento	MEDELLIN
Fecha de Nacimiento	13/08/1975
Dirección de Residencia	CARRERA 8, CALLE 15 - 107, DOSQUEBRADAS
Municipio o Ciudad	DOSQUEBRADAS
Departamento	RISARALDA
Teléfono Fijo	3385139
Celular	3043513655
Ocupación, Oficio o Profesión	MEDICO Y CIRUJANO

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos que componen mi patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera declaro que los recursos recibidos en desarrollo del contrato que pretendo suscribir no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.

DECLARACIONES	**Marque SI o NO**	
	SI	**NO**
¿Maneja recursos públicos?		X
¿Ostenta algún grado de poder público?		X
¿Goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP)		X
¿Es servidor público?		X
¿Realiza operaciones internacionales?		X
¿Cuales?		
Importaciones		

	Exportaciones		
	Inversiones		
	Prestamos		
	Envío o recepción de giros		
	Pago de Servicios		
	Transferencias		
	Otras		

AUTORIZACIONES

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO**, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.

Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con el **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO** y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados.

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para realizar las consultas necesarias en diferentes listas restrictivas y de sanción, y así disminuir los riesgos a los que se expone mediante la contratación y/o compra de servicios y/o productos a terceras partes.

Der igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales.

FIRMA	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	20 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 10.025.406 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	DOSQUEBRADAS
Dirección	TORRES DE SANTA MARTHA TORRE 1 APTO 902			Teléfonos	3043513655

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA YOLANDA ROJAS VILLANUEVA	C.C. Nº 38238693 de Ibague	MADRE
JOSE ADALBERTH SALAZAR DIAZ	C.C. Nº 6000209 de San Antonio	PADRE
EHUMIR SALAZAR ROJAS	C.C. Nº 10,013,134 de Perera	HERMANO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	133.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	5.500.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 138.500.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24515358911	PEREIRA	$ 10.000.000
BANCO UN	AHORROS	452157480	PEREIRA	$ 5.000.000
DAVIVIENDA	AHORROS	550127000070715	DOSQUEBRADAS	$ 30.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	APARTAMENTO EN SANTA ROSA DE CABAL $ 180.000	$ 180.000.000
INMUEBLES	MOTO XPULSE RALLY 2026	$ 12.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
VETTE ADRIANA MUÑOZ CHICA	C.C. X C.E. T.I.	42.148.824

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

PEREIRA 25 DE SEPTIEMBRE DE 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP