Mocoa, 21 de Septiembre de 2026

Señor coronel
**CORREA GAMBA ALVARO JACINTO**
Comandante de Departamento de Policía Putumayo
Calle 8 Carrera 8 B/Centro
Mocoa

Asunto: Oferta de Servicios

Cordial Saludo.

Respetuosamente me dirijo a usted, con el objeto de presentar y ofrecer los servicios como Medico general de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, los cuales responden a las necesidades del contexto y a la demanda actual, cuento con los conocimientos, actitud, responsabilidad, ética profesional y experiencia necesaria para dar cumplimiento a los objetos y metas propuestas, buscando siempre la satisfacción de los usuarios y brindar la atención con una calidad a todos sus integrantes.

Atentamente,

**JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ**
CC 1123304905 de Puerto Asís Putumayo

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.123.304.905**

**CAÑAS GONZALEZ**

APELLIDOS

**JADIER YAMIT**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1992**

**PUERTO ASIS**
**(PUTUMAYO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.62** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**08-JUN-2010 PUERTO ASIS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400100-00337953-M-1123304905-20110928 **00281**73999A 1 30233669



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Libreta Militar Tarjeta de Identidad

NUMERO 1123304905

APELLIDOS Y NOMBRES
CAÑAS GONZALES

JADIER YAMIT

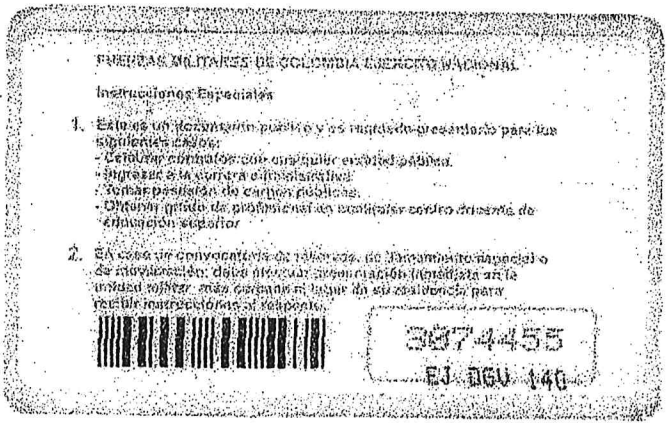
PERTENECE AL EJERCITO DE:

| 1ª LINEA | 2ª LINEA | 3ª LINEA |
|---|---|---|
| 31- DIC | 31- DIC | 31- DIC |
| 2022 | 2032 | 2042 |

PROFESION BACHILLER

FECHA DE EXP. 08 MAR 2013

CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de documento especial o de movilización, debe presentar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3074455
EJ DGV 140

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 |
|---|---|---|
| CAÑAS | GONZALES | JADIER YAMITH |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1123304905 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1123304905 D.M. 62

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 19 MES 04 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO PUERTO ASÍS

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

VEREDA NUEVA ESPERANZA

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

TELÉFONO 3114575181 EMAIL jadierca21@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2012 |
| | | | | | | | | | | 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).

## 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| ECSALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1800 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 06 | 2015 |

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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENDIDTER SAS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4204506 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 | *Día* | 23 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIARR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14A BIS A SUR 14A SUR CALLE 14 -12-81 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3173641261 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 02 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 CARRERA 9 ESQUINA | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DISMECOL IPS LTDA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4206381 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 - A.V SAN FRANCISCO | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DISMECOL IPS LTDA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4206381 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* 2015 | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 AV SAN FRANCISCO | | | | | | |

## 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 | 2 | 8 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* 2019 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>A-V SAN FRANCISCO BARRIO OBRERO | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SAMANIEGO DE LA MANO DE DIOS IPS SAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3223622698 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* 2019 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO PRIMERO DE ENERO | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2018 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>A.V SAN FRANCISCO BARRIO OBRERO | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ASISTENCIA MEDICA DEL SUR IPS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>42045443 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 12 | *Mes* | 09 | *Año* 2017 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>A.V SAN FRANCISCO BARRIO OBRERO | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IPS CLINICA AYNAN LTDA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296350 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 AV - SAN FRANCISCO | | | | | | |

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 __ 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* Mocoa - 21-09-2026

*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 | 2026-09-18 11:35 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JADIER | YAMIT | CAÑAS | GONZALEZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1123304905 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | PUTUMAYO | Municipio | MOCOA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | PUTUMAYO | Municipio | MOCOA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["CARRERA 7 N º 32 - 12 Torre Sur Edificio San Martín Pisos 6 al 24"] |
|---|---|

| 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 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $1.200.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $1.400.000,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $500.000,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $3.100.000,00 |

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 | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PRESTAMOS BANCARIOS | $28.000.000,00 |

## 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:

| |
|---|
| |

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:07:33 AM horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1123304905**

Apellidos y Nombres: **CAÑAS GONZALEZ JADIER YAMIT**

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

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

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

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

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

DIJIN

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

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, 21/09/2026 08:37:06 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1123304905** y Nombre: **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ.**

## 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. **148071722** . 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 de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1123304905

¿Escriba las dos primeras letras del primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado?

8

Consultar

## Datos del ciudadano

Señor(a) JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1123304905.

## El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, septiembre 21, 2026 - Hora de consulta: 08:04:34

**El certificado de antecedentes ordinario,** contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

**El certificado de antecedente especial,** refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

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 lunes 21 de septiembre de 2026, a las 08:01:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1123304905 |
| Código de Verificación | 1123304905260921080137 |

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:42:44 horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1123304905,** Apellidos y Nombres **CAÑAS GONZALEZ JADIER YAMIT**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **policia**, con NIT **800141397-5** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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 1123304905 **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 21/09/2026 10:44 AM

Código Verificación: **8JRUX4VZ6P**

Válida hasta: **21/12/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ identificado(a) con CC 1123304905 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **24/05/2026** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS-MOCOA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de septiembre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.304.905**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente JADIER YAMIT CANAS GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,123,304,905 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 598260446 aperturada el 26 de junio de 2013 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 21 de septiembre de 2026.

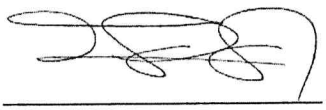
---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0598260446 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0598000200260446 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130598000200260446 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# *FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS*
# *DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MÁQUINA O COMPUTADOR*

**1.TIPO DE BENEFICIARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.2 Consorcio o Unión Temporal | | 1.11 Persona Natural Extranjera | |
| 1.2 Departamento | | 1.12 Persona Natural Nacional | X |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | |
| 1.6 Gobierno Extranjero | | 1.16 Regional sin NIT Especial | |
| 1.7 Municipio | | 1.17 Resguardo | |
| 1.8 Otra Pública Departamental | | 1.18 Sociedad de Economía Mixta | |
| 1.9 Otra Pública Municipal | | 1.19 Universidad Pública | |
| 1.10 Otro Beneficiario | | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | |

**2.TIPO DE DOCUMENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | X | 2.4 Otro Tipo de Documento | |
| 2.2 Cédula de Extranjería | | 2.5 Pasaporte | |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | | 2.6 Tarjeta de Identidad | |

**NUMERO DEL DOCUMENTO** 1 1 2 3 3 0 4 9 0 5

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA Ó NIT**

**3.TIPO DE RETENCIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | | 3.6 Régimen Común | X |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor | | 3.7 Régimen Simplificado | |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor | | | |

**4.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

**5.PAÍS** COLOMBIA

**6.CIUDAD** MOCOA

**7.TELÉFONO Y FAX** 3102560224

**8.DIRECCIÓN** VEREDA NUEVA ESPERANZA

***INFORMACIÓN DE LA CUENTA***

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA **BBVA - COLOMBIA**

2.NUMERO DE LA CUENTA 0 5 9 8 2 6 0 4 4 6

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** [ ] **AHORROS** [X]

***ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA***

**SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE**

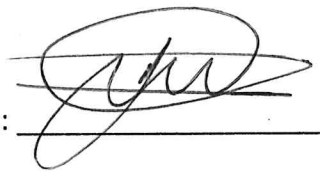
***FECHA*** ***21-septiembre-2026***

*FIRMA REPRESENTANTE LEGAL*

Mocoa - Putumayo, 21 de Septiembre de 2026

Señores
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo
**Sanidad Policía Nacional**
Ciudad

Yo JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.123.304.905 de Puerto Asís - Putumayo certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI _ NO _X_ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2026.

Firma: 

Cédula: 1123.304.905

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUB TIPO B PUTUMAYO

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 21 de Septiembre de 2026

Hora: 14:00 horas

Lugar de toma del consentimiento: Mocoa - Putumayo

Yo: JADIER YAMT CAÑAS GONZALEZ

Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 1123304905 de Puerto - Asís Putumayo

Mediante el presente documento autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Unidad Prestadora de Salud Huila, realizar el trámite de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados.

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Fundamentos Legales: Ley 1581 de 2012 y su DECRETO 1377 DE 2013

Firma _____

Cédula 1.123.304.905

DOCUMENTO NO CONTROLADO

La República de Colombia

y en su nombre, la

# Institución Educativa Pío XII

## Mocoa - Putumayo

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Departamental
Según Decreto No. 0605 de Diciembre 6 de 2002 y
Resolución No.1478 de Mayo 7 de 2012

Confiere a:

## Jadier Yamit Cañas González

C.C. No. 1.123.304.905 de Puerto Asís (Putumayo )

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica Según (Artículo 28 Ley 115 de 1994, Decretos No. 1860 de 1994, 3011 de 1997 y 1290 de 2009); según el Programa de estudios y los planes, Vigentes.

Esp. James Nolberto Rieza Sevillano
Rector

Anotado al Folio No. 382 Libro de Registro No. 2

Dado en Mocoa Putumayo, al Primer (1) día del mes de Diciembre de 2012

No requiere registro, Decreto No.921 del 06 de Mayo de 1994, expedido por el MEN.

# Acta de Grado

## Institución Educativa PIO XII

*Mocoa - Putumayo*

*Inscripción S.E. ACTA N° 022 F 022*
*DANE 186001-000175*

En la Ciudad de Mocoa a los 30 días del mes de Noviembre de 2012, en la Dirección de la Institución el Rector de la INSTITUCION EDUCATIVA PIO XII de Mocoa Putumayo. Aprobada hasta nueva orden en el nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaria De Educación Departamental para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución N°0605 del 6 de Diciembre 2002 y 1478 de Mayo 7 de 2012

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Procedió a otorgar el Título de:

## Bachiller Académico

Al graduando cuyo nombre, apellido y número de identificación se relaciona a continuación:

## Jadier Yamit Cañas González

*C.C. Nro. 1.123.304.905 de Puerto Asís (Putumayo)*

Es fiel copia tomada del Acta original general No 095 de fecha 1° de Diciembre de 2012 que consta de 98 estudiantes comienza con el nombre de: Adolfo Muñoz Zúñiga, cierra con el nombre de Yilly Paola Rosas Timaran. Esp. **JAMES NOLBERTO MEZA SEVILLANO** (Rector).

Dado en Mocoa al Primer día (1) del mes de Diciembre del año 2012.

FIRMADO

*Esp. James Nolberto Meza Sevillano*
*C.C. No. 5.299.370 de Mocoa*
*Rector*

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

## INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

# ECSALUD

Con la autorización según Res. No.4605 del día 23 del mes Noviembre del año 2011
De la Secretaria de Educación del Departamento del Putumayo
Y Acuerdo Ejecutivo No. 000135 del Ministerio de la protección social.

ESCUELA DE CIENCIAS EN SALUD

**Certifica Que**

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

**CC. No. 1.123.304.905 De Puerto Asis.**

Cursó y Aprobó el Programa de Estudios y le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias en:

# AUXILIAR EN ENFERMERIA

Realizado en la ciudad de Mocoa con una intensidad horaria total de **1.800** Horas.
Dado en Mocoa a los 12 días del mes de Junio del año 2015.

**OMAIRA GRIJALBA CAMACHO**
DIRECTORA GENERAL

**EDITH MERA URRESTE**
DIRECTORA ACADÉMICA

Acta de Grado No. 030 Fecha. 25/MAYO/2015 Libro de Registro 01 Folio No. 0054 – 0055 - 0056 - 0057.

INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

# ECSALUD

MOCOA – PUTUMAYO

Creando un Futuro Exitoso

## ACTA DE CERTIFICACION Nº 30

La Directora y Secretaria de la Escuela Colombiana de Ciencias en Salud ECSALUD, aprobada según Acuerdo No. 000135 emanado de la Comisión Intersectorial del Ministerio de Protección Social y Resolución No. 4605 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo.

## CERTIFICAN

Que el día veinticinco (25) de Mayo del año 2015, siendo las 8:00 am, se reunió el Consejo de Dirección de ECSALUD para otorgar el CERTIFICADO de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
TECNICO LABORAL:
AUXILIAR EN ENFERMERIA
A:

**JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ**

C.C. 1.123.304.905 Puerto Asís (P).

Quien terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año. Este certificado se otorga en atención a que el (la) estudiante cursó y aprobó en ECSALUD, el Programa Auxiliar en Enfermería de acuerdo con las normas emanadas por el Ministerio de Protección Social.

Presidio la reunión la Dra. OMAIRA GRIJALBA CAMACHO.

Dada en Mocoa a los doce (12) días del mes de Junio del año 2015.

DIRECTORA GENERAL

SECRETARIA

**RESOLUCION NÚMERO -219- DE 2015**
**(23/Junio/ 2015)**

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de auxiliar

**LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO**
En cumplimiento del Decreto No.1875 de Agosto de 1994 y Decreto 1352 de Julio de 2000 y

**CONSIDERANDO**

Que **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ** identificado con cédula de ciudadanía 1.123.304.905 expedida en Puerto Asís - Putumayo, ha solicitado a la Secretaria de Salud del Departamento del Putumayo la autorización, del ejercicio de la Aptitud Ocupacional Por Competencias Técnico Laboral **Auxiliar en Enfermería,** título que le otorgó El Instituto de educación para el trabajo y el desarrollo humano ECSALUD, de Mocoa - Putumayo según acta de certificación No. 30 de fecha (12) de Junio de 2015.

Que dicho título se encuentra en el libro de registro No.01 folio No. 0054-0055-0056-0057 de ECSALUD, Mocoa Putumayo.

**R E S U E L V E**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ** identificado con cédula de ciudadanía 1.123.304.905 expedida en Puerto Asís - Putumayo, para ejercer la Aptitud Ocupacional Por Competencias Técnico Laboral **Auxiliar en Enfermería,** en todo el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO**: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizó el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**Comuníquese, notifíquese y cúmplase**
Dada en Mocoa, el día, **(23/Junio/ 2015)**

**NANCY YASMIN PAZ CABRERA**
<Secretaria de Salud Departamental

*Proyecto: Ivonne Triana.* *Reviso: Cristina Hidalgo*

**EL COORDINADOR DE TALENTO HUMANO**
**DEL CENTRO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS TERCER MILENIO S.A.S.**
**NIT: 900055393-0**

**CERTIFICA**

Que **JADIER YAMITH CAÑAS GONZALEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.123.304.905 expedida en Puerto Asís (Putumayo), labora en la entidad en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA – CITAS MÉDICAS**, en los servicios de Rayos X, Tac, ecografía Y RMN desempeñando funciones, de conformidad con el manual de funciones institucional, con horarios rotativos, como se indica a continuación:

| DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES – AUXILIAR DE ENFERMERÍA |
|---|
| 1. Verificar antes del ingreso del usuario Historia clínica, orden médica, resultado de creatinina en caso de estudio contrastado, autorización de EPS y factura. |
| 2. Verificar que el usuario haya realizado la dieta correspondiente según el estudio programado, aplicar la lista de chequeo correspondiente. |
| 3. Realiza llamado de paciente, dirige a la sala y explica procedimiento (según estudio a realizar, retiro de accesorios y ropa), incluye indicar el locker para guardar pertenencias. |
| 4. Realizar la venopunción siguiendo el protocolo institucional y administrar medio de contraste siguiendo la indicación del tecnólogo en radiología sobre la cantidad administrar. |
| 5. Apoyar al usuario a bajar de la mesa de rayos X y tomografía. |
| 6. Tomar signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura) para estudios con medio de contraste antes y después del procedimiento. |
| 7. Realizar observación y seguimiento al usuario que se administró medio de contraste durante media hora, en caso de reacción adversa informar a medico radiólogo de manera inmediata. |
| 8. Encargada de tomar signos vitales, administrar los medicamentos y suministro de oxígeno que ordene el especialista; al finalizar la observación y retirar venocath. |
| 9. Diligenciar el "Formato de Reporte De Sospecha De Eventos Adversos A Medicamentos – FOREAM" y entregar a Líder de Seguridad del paciente en caso de reacción a medio de contraste. |
| 10. Realizar notas de enfermería de pacientes en el sistema Manager Clinic (tomografía simple y contrastada). |
| 11. Brindar cuidados de enfermería al paciente durante el examen de diagnóstico. |
| 12. Organizar medicamentos y dispositivos médicos que se requieren para estudios radiológicos. |
| 13. Asistir en los procedimientos de histerosalpingografia, colon por enema, uretrografía, cistografías, esofagograma, urografías, fistulografía a tecnólogo en radiología y medico radiólogo. |
| 14. Ingresar datos al digitalizador, registrar en el libro (estudios tomados rayos x), rotular bolsa, realizar ficha de entrega de resultados y apoyar en el registro de técnica exposición Rayos X (siendo el tecnólogo de radiología el principal responsable del registro) cuando por necesidad del servicio se requiera. |
| 15. Encargado de digitalizar estudio de veterinaria que incluye registrar en libro, crear carpeta en servidor y enviar al correo de médico veterinario en. |

Proyectó:
Johan Camilo Rivera Levuza
Talento humano
Revisó:
Helena Carlosama
Contadora

CENDIOTER
Centro de Imágenes Diagnósticas Tercer Milenio
NIT.900055393-0

16. Realizar escaneo de los consentimientos de rayos x adjuntarlos al servidor y al manager Clinic.
17. Diligenciar consentimiento para pacientes y/o acompañantes que reciben atención en servicios de imágenes diagnostica, ultrasonido y cardiovascular, escanear y archivar.
18. Entregar imágenes y ficha de resultados al paciente y hacer firmar el libro de entrega de estudios el cual se encuentra en facturación.
19. Estar atento a la consecución oportuna de material y suministros necesarios para la correcta prestación de los servicios ofrecidos y velar por el correcto uso racional de los disponibles (bolsas, papelería, batas y sabanas)
20. Mantener limpio y en correcto orden los implementos puestos a su disposición, que incluye ubicar sabanas y batas que se utilizaron durante la jornada laboral en zona de lavandería.
21. Diligenciar formato de referencia y contra referencia, incluye hacer firmar por paciente y archivarlo.
22. Llevar curva de humedad y temperatura de medicamentos que se encuentra en el servidor, informar a enfermera profesional cuando el promedio no se encuentra en los rangos establecidos.
23. Revisión diaria de carro de paro externo diario (mañana y tarde), realizar la apertura de manera trimestral junto con la elaboración de acta y actualización de listado de medicamentos, informar de manera escrita a referente de estándar de medicamentos y dispositivos médicos cuando sea necesario reponer y elaborar el acta de baja correspondiente.
24. Organizar y limpiar el último sábado de cada mes el stop destinado a guardar medicamentos y dispositivos médicos.
25. Desarrollar actividades de promoción y mantenimiento de la salud, cuando la gerencia vea la necesidad de practicarlas.
26. Rotular alcohol, gel antibacterial y gel ultrasonido siguiendo el control de re – embace de manera mensual.
27. Disponer del guardián en la sala asignada y diligenciar el rotulo que incluye institución, origen, fecha de instalación, fecha de recolección y responsable, cambiarlo según la señalización (nivel máximo) o en caso contrario de manera mensual y sellar con esparadrapo y entregar a servicios generales.
28. Lavar y empacar material quirúrgico utilizado en procedimientos radiológicos, siguiendo el protocolo institucional.
29. Verificar que el libro destinado para relacionar el material esterilizado se diligencia de manera correcta, en caso contrario informar a jefe inmediato.
30. Revisar de manera periódica el material estéril disponible en la institución, con el ánimo de verificar la fecha de vencimiento, en estos casos realizar el trámite correspondiente para realizar esterilización.
31. Realizar encuesta de satisfacción de servicio de mamografía y entregar el día viernes al personal encargado de digitalizar la información.
32. Educar al usuario y familia en lavado de manos y fricción con base alcohólica, que incluye el registro en la carpeta correspondiente, dando así cumplimiento al plan de acción de seguridad del paciente.
33. Realizar limpieza y desinfección recurrente de equipos de Rayos X y ecografía.

Proyectó:
Johan Camilo Rivera Levaza
Talento humano
Revisó:
Helena Carlosama
Contadora

34. Realizar limpieza y desinfección terminal de la sede (rayos x, incluido mamografía, tomografía y ecografía) junto con personal de servicios generales, según cronograma institucional.

35. Informar cuando se esté presentando alguna anomalía con los equipos de trabajo.
36. Utilizar los elementos de radio protección tanto para el trabajador como para el paciente.
37. En ocasiones emitir reportes o relaciones a las EPS si lo requieren, de estudios realizados en nuestra empresa.
38. Diligenciar la ficha de notificación de eventos o incidentes, junto con el formato inicial de reporte y entregar de manera oportuna al líder de seguridad del paciente.
39. Entregar reporte de estudios radiológicos que tienen como destino Hospital Público y radicarlos en el libro correspondiente, verificando letra legible de quien recibe y servicio.
40. Brindar apoyo a las diferentes dependencias en caso de congestión del servicio.
41. Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de la empresa, de todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, en razón de su trabajo, y que sean por naturaleza privadas.
42. Llegar 10 minutos antes del horario laboral programado.
43. Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones.
44. Conservar completa armonía y comprensión con los usuarios, con sus superiores y compañeros de trabajo.
45. Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con la empresa.
46. Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que efectúe la empresa a las cuales hubiere sido citado.
47. Avisar oportunamente y por escrito a la empresa todo cambio en su dirección, teléfono, ciudad de residencia, cambio de entidades de prestación social y entidad bancaria.
48. Buena presentación personal portando su uniforme, carnet institucional y dosímetro en un lugar visible durante la permanencia en la empresa.
49. Mantener en perfecto estado los equipos bajo su responsabilidad.
50. Cuidar permanentemente los intereses de la empresa.
51. Las demás funciones que sean asignadas por parte del superior inmediato, relacionadas con la naturaleza del cargo.

mediante contrato de trabajo con las siguientes características:

| TIPO DE CONTRATO DE TRABAJO | FECHA |
|---|---|
| Contrato- Término Fijo No TH-CTO-AST-0161-01 | Del 03 de agosto de 2022 hasta el 02 de noviembre de 2022 |
| Contrato- Término Fijo No 0161-01 (otro si 01) | Del 03 de noviembre de 2022 hasta el 02 de febrero de 2023 |
| Contrato- Término Fijo No 0161-01 (otro si 02) | Del 03 de febrero de 2023 hasta el 02 de mayo de 2023 |
| Contrato- Término Fijo No 0161-01 (otro si 03) | Del 03 de mayo de 2023 hasta el 02 de agosto de 2023 |
| Contrato- Término Fijo Modificación al Contrato No TH-C TO-AST-0161-01 (**vigente**) | Del 03 de agosto de 2023 hasta el 02 de agosto de 2024 |

Proyectó:
Johan Camilo Rivera Levaza
Talento humano
Revisó:
Helena Carlosama
Contadora

Se expide la presente en Mocoa Putumayo, a los veinticuatro (24) días del mes de enero de 2024.

**JOHAN CAMILO RIVERA LEVAZA**
Coordinador de talento humano
recursoshumanos@cendidter.com
CENDIDTER S.A.S.
Celular: 3154210650

Proyectó:
Johan Camilo Rivera Levaza
Talento humano
Revisó:
Helena Carlosama
Contadora

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**POLICIA NACIONAL**

**DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO**

# C O N S T A N C I A

**EL SUSCRITO JEFE ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO**

**HACE CONSTAR:**

Que el señor **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ,** con C.C. Nro. 1.123.304.905 de Puerto Asís (Putumayo), ejecuto el contrato que tiene como objeto "Prestación de servicios profesionales y de Apoyo a la Gestión como Técnico Auxiliar de enfermería para ejecutar e implementar la estrategia **PRASS** - programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible COVID-19, en el marco de la vigilancia en salud pública de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo" así:

| | | |
|---|---|---|
| Contrato Número | : | 34-7-20001- 21 |
| Clase de contrato | : | Servicios profesionales y de apoyo a la Gestión |
| Fecha suscripción | : | 05 de febrero de 2021 |
| Fecha Iniciación | : | 08 de febrero de 2021 |
| Fecha Terminación | : | 07 de agosto de 2021 |
| Valor total del contrato | : | $ 9.515.568.oo |
| Estado del contrato | : | Ejecutado |
| Contratista | : | **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ** |
| Cedula Contratista | : | 1.123.304.905 de Puerto Asís (Putumayo) |
| Teléfono | : | 3102560224 |
| Dirección | : | Mocoa, barrio Nueva esperanza |
| Entidad Contratante | : | Policía Nacional |
| Representante legal | : | Coronel **FRANCISCO GELVEZ ALEMAN**<br>Comandante Departamento Policía Putumayo |
| Nit Entidad Contratante | : | 800.141.203-5 |
| Número Teléfono | : | 4295570 |

La presente se expide a petición del interesado, a los dos (02) días del mes de junio de 2022.

Capitán **WILLIAM ANDRES VIGOYA RIASCOS**
Jefe Administrativo DEPUY

Elaboro TEA 1B Rosa Elisa Unigarro
Revisado: SI. Darwin Lara Solis
Fecha de elaboración: 02/06/2022
Archivo: Mis documentos/Constancias profesionales 2022

Carrera 8 Calle 8 Barrio Centro, Mocoa
Teléfonos 4295570
Depuy.ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**POLICIA NACIONAL**

**DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO**

# C O N S T A N C I A

**EL SUSCRITO JEFE ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO**

**HACE CONSTAR:**

Que el señor **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ,** con C.C. Nro. 1.123.304.905 de Puerto Asís (Putumayo), ejecuto el contrato que tiene como objeto "Prestación de servicios profesionales y de Apoyo a la Gestión como Técnico Auxiliar de enfermería para la Unidad Prestadora de Salud Putumayo" así:

| | | |
|---|---|---|
| Contrato Número | : | 34-7-20024-21 |
| Clase de contrato | : | Servicios profesionales y de apoyo a la Gestión |
| Fecha suscripción | : | 20 de agosto de 2021 |
| Fecha Iniciación | : | 24 de agosto de 2021 |
| Fecha Terminación | : | 30 de mayo de 2022 |
| Valor total del contrato | : | $ 14.643.401.87 |
| Estado del contrato | : | Ejecutado |
| Contratista | : | **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ** |
| Cedula Contratista | : | 1.123.304.905 de Puerto Asís (Putumayo) |
| Teléfono | : | 3102560224 |
| Dirección | : | Mocoa, barrio Nueva esperanza |
| Entidad Contratante | : | Policía Nacional |
| Representante legal | : | Coronel **FRANCISCO GELVEZ ALEMAN**<br>Comandante Departamento Policía Putumayo |
| Nit Entidad Contratante | : | 800.141.203-5 |
| Número Teléfono | : | 4295570 |

La presente se expide a petición del interesado, a los dos (02) días del mes de junio de 2022.

Capitán **WILLIAM ANDRES VIGOYA RIASCOS**
Jefe Administrativo DEPUY

Elaboro TEA 18 Rosa Elisa Unigarro
Revisado: SI. Darwin Lara Solis
Fecha de elaboración: 02/06/2022
Archivo: Mis documentos/Constancias profesionales 2022

Carrera 8 Calle 8 Barrio Centro, Mocoa
Teléfonos 4295570
Depuy.ofcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA**
**IPS DISMECOL LIMITADA**

**CERTIFICA QUE**

El señor **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALES** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.123.304.905 de Puerto Asís, laboró mediante Contrato a Termino Indefinido en la empresa **IPS DISMECOL SOCIEDAD LIMITADA** con Nit **900395844-9** ubicada en Av. San francisco calle 14 n° 10-11 teléfono 3108083430, desempeñando el cargo como Auxiliar de enfermería en Ambulancias Medicalizada, a partir del 01 de Septiembre hasta 31 de Diciembre de 2020.

Para su constancia se firma a solicitud del interesado en Mocoa – Putumayo, a los dieciocho (20) días del mes de Febrero de 2021

Atentamente,

Gerente
**PASCUAL MARINO ALVAREZ RUIZ**

20) Las demás que se le asignen, inherentes a su cargo

En nuestros archivos encontramos lo siguiente:

| No. | MODALIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | DURACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MESES | DIAS |
| 0860 | CPS | 01/07/2019 | 31/07/2019 | 1 | |
| 0989 | CPS | 01/08/2019 | 30/09/2019 | 2 | |
| 1461 | CPS | 01/11/2019 | 30/11/2019 | 1 | |
| 1791 | CPS | 01/12/2019 | 31/12/2019 | 1 | |
| 0055 | CPS | 01/01/2020 | 31/01/2020 | 1 | |

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es válida para demostrar experiencia laboral.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 01 días del mes de Julio de 2020.

LUIS FERNANDO VITERY
Coordinador U.F de Recursos Humanos

Proyecto: Helena Cifuentes
Apoyo Administrativo

I.P.S
DE LA MANO DE DIOS

IPS DE LA MANO DE DIOS.

CERTIFICA

Que el senor JADIER YAMITH CAÑAS GONZALEZ, identificado con cedula de ciudadania No 1.123.304.905 expedida en Pto Asis Putumayo trabajo en la empresa IPS DE LA MANO DE DIOS Nit 901117147-6 Como auxiliar de enfermeria de traslado asistenciai trrestre básico y medicalizado desde 01 de enero de 2019 hasta el 31 de marzo 2019 cumpliendo a satisfaccion con las actividades asignadas contratado por prestación de servicios

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesado es valido para demostrar experiencia laboral.

Dado en la ciudad de Samaniego Nariño a los 03 días del mes de abril de 2019

MIGUEL ANGEL CORTEZ ROMO
GERENTE

Nit 901.117147-6
Cel 3223622698 – 3222574500
Email: ipsdelamanodedios@gmail.com

| | E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ<br>NIT. 891200679 – 1<br><br>UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS | Código |
|---|---|---|

**EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ**

**HACE CONSTAR:**

Que, **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALES**, identificado con de ciudadanía No. 1.123.304.905 expedida en Puerto Asis-Putumayo, presta sus servicios en la **E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ**, desempeñándose como Auxiliar de enfermeriaen la Unidad Funcional de Urgencias de la empresa, cumpliendo a satisfacción con las actividades asignadas en las diferentes Contratos de prestación de servicios

En archivo encontramos las siguientes contrato de prestación de servicios relacionados así:

| No | MODALIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | DURACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MESES | DÍAS |
| 0195 | CPS | 01/02/2018 | 30/04/2018 | 3 | |
| | Adicional 01 | 01/05/2018 | 31/05/2018 | 1 | |
| 0476 | CPS | 01/06/2018 | 31/08/2018 | 3 | |
| | Adicional 01 | 01/09/2018 | 30/09/2018 | 1 | |
| 1051 | CPS | 22/10/2018 | 31/10/2018 | 1 | |
| 1259 | CPS | 05/11/2018 | 30/11/2018 | 1 | |

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es válida para demostrar experiencia laborar.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 13 días del mes Diciembre de 2018.

**OSCAR ORLANDO BURGOS TULCÁN**
Coordinador U.F. de Recursos Humanos

*Proyecto: Helena Cifuentes*
*Apoyo Administrativo*

ASISTENCIA MÉDICA DEL SUR IPS LTDA.
NIT: 900337015-2
asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA**
**ASISTENCIA MÉDICA DEL SUR IPS LTDA**

**CERTIFICA**

Que la señor **JADIER YAMITH CAÑAS GONZALEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.123.304.905 expedida en Pto Asís - Putumayo, Trabajó en la empresa ASISTENCIA MÉDICA DEL SUR IPS LTDA. Como auxiliar de enfermería de traslado asistencia terrestre básico y medicalizado, desde 12 de Septiembre de 2017 hasta el 31 de Diciembre de 2017. Contratado por prestación de Servicios.

Se expide la presente a solicitud del interesado

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa a los 21 días del mes de Diciembre de 2017.

**RUBICINTIA BUSUY GUALDRON**
**Gerente**

| CLINICA AYNAN LTDA<br>REPS: 860010015701<br>NIT: 900.012.404-9 | CERTIFICACIÓN |
|---|---|

# LA SUSCRITA GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA CLINICA AYNAN LTDA
# Nit: 900012404-9

## HACE CONSTAR:

Que, el señor **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALES;** identificado con cedula de ciudadanía número 1.123.304.905 de la ciudad de Mocoa (Putumayo). Labora en esta institución como Auxiliar de Enfermería en el traslado de pacientes dentro y fuera del Departamento. Devengando a la fecha un salario de Novecientos cinco mil pesos mcte (905.000. Bajo la modalidad de contrato indivual a término fijo así:

| ITEM | NUMERO DE CONTRATO | INICIO CONTRATO | TERMINACION CONTRATO |
|---|---|---|---|
| 1. | 014-2016 | 01 de febrero 2016 | 30 de abril 2016 |
| 2. | 034-2016 | 01 de Mayo 2016 | 31 de Diciembre 2016 |
| 3. | 015-2017 | 01 de Enero 2017 | 30 de Junio 2017 |

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Mocoa a los (01) días del mes de marzo del año 2017.

**SANDRA MIREYA CHINGAL SOLARTE**
*C.C.N.69.008.229 de Mocoa*
*Gerente y Representante Legal CLINICA AYNAN LTDA*

VIGILADO Supersalud

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA**
**IPS DISMECOL LIMITADA**

**CERTIFICA QUE**

El señor **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALES** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.123.304.905 de Puerto Asís, laboró mediante Contrato a Termino Indefinido en la empresa **IPS DISMECOL SOCIEDAD LIMITADA** con Nit **900395844-9** ubicada en Av. San francisco calle 14 n° 10-11 teléfono 3108083430, desempeñando el cargo como Auxiliar de enfermería en Ambulancias Medicalizada, a partir del 01 de Diciembre hasta el 01 de Enero de 2016.

Para su constancia se firma a solicitud del interesado en Mocoa – Putumayo, a los dieciocho (18) días del mes de Febrero de 2016.

Atentamente,

Gerente
**PASCUAL MARINO ALVAREZ RUIZ**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14549362002

(415)7707212489984(8020) 000001454936200 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 3 3 0 4 9 0 5 | 3 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 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 1 2 3 3 0 4 9 0 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Puerto Asís 5 6 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAÑAS | GONZALEZ | JADIER | YAMIT |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal: VDA NUEVA ESPERANZA

42. Correo electrónico: jadierca21@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 2 5 6 0 2 2 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 6 9 9 | 2 0 1 5 0 9 2 3 | 8 2 9 9 | 2 0 1 5 0 9 2 3 | | | | 5 1 3 2 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### 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 20190529

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAGNOSTICOS E.U

Codigo de habilitacion 860010001601 NIT: 846001425-0

Dir. Calle 12 Nro. 9-103 Tel. 3108188931-3132177601-3112292621.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL



Folio No: 87217

Admision No: 132925

**PACIENTE:** CAÑAS GONZALEZ JADIER YAMIT **E.CIVIL:** UNION LIBRE

FECHA ATENCION: 15/09/2026 09:24 a. m.

**IDENTIFICACION:** CC1123304905 **EDAD:** 34 Años 4 Meses

**No HISTORIA:** 1123304905 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3102560224

**REGIMEN:** Particular **FEC. NAC:** 19/04/1992 **MUNICIPIO:** MOCOA

**EMPRESA:** POLICIA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO. **DIRECCION:** VEREDA NUEVA ESPERANZA

## INFORMACION GENERAL:

EMPRESA:. . . . . POLICIA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO
CARGO:. . . . . TECNICO ADMINISTRATIVO MEDICINA LABORAL
ESTADO CIVIL: . . . . . UNION LIBRE
NIVEL EDUCATIVO:: . . . . . TECNICO
NUMERO DE PERSONAS A CARGO: . . . 2
EPS:. . . . . NUEVA EPS
AFP:. . . . . PORVENIR
ARL:. . . . . POSITIVA
TIPO DE EVALUACIÓN MEDICA LABORAR: PERIODICO-BRIGADISTA
TIPO DE EXAMEN: . . . . . EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO PARA BRIGADISTA CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIORESPIRATORIO ( TEST DE RUFFIER-DICKSON=(PO+P1+P2)-200/10), PIEL, NEUROLOGICO Y VESTIBULAR
CONCEPTO DE APTITUD:. . . . . EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
OBSERVACIONES:. . . . . APTO PARA BRIGADISTA

## EXAMENES REALIZADOS:

AUDIOMETRIA: . . . . . ALTERADA
GLICEMIA:. . . . . ALTERADA
PERFIL LIPIDICO: . . . . . ALTERADO
OSTEOMUSCULAR: . . . . . SIN APARENTE PATOLOGIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: ACEPTABLE
OPTOMETRIA:. . . . . ALTERADA

## RECOMENDACIONES GENERALES:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACION SEGUN RIESGOS DE LA EMPRESA, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE RECOMIENDA CONTINUAR PROCESO DE VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS, ENFASIS EN PROTECCION AUDITIVA, CONTROL MEDICO EN SU EPS EN 3 ME4SES CON PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA PARA SEGUIMIENTO, CONTINUAR CONTROLES POR OPTOMETRIA EN SU EPS, CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA, CONTINUAR LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS O SINTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD POR COVID 19.
TEST DE RUFFIER-DICKSON: 5, BUENA CONDICION FISICA.

## SEGUIMIENTO:

PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR

María Elena Pérez, M.D.
Especialista en SST.
RM 521700, Resolución 384.
María Elena Pérez M.
CC 27.359.492

Firma del Paciente

**PROFESIONAL:** PEREZ MARIA ELENA

**ESPECIALIDAD:** SALUD OCUPACIONAL

**REGISTRO:** 521700

**IDENTIFICACION:** CC 521700



Fec Impresion: 16/09/2026 11:41:32 a. m. Usuario: MARIA Infosalud Net

# POLICIA NACIONAL
# DIRECCION DE SANIDAD

## MANIFESTACION DE INTENCION DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | **JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ** |
| **PROFESION** | **AUXILIAR DE ENFERMERIA** |

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 282 de la Ley 100 de 1993, artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 y Ley 828 de 2003, me permito manifestar que me encuentro afiliado(a), y girando los aportes correspondientes a las siguientes Entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondo de Pensiones, en mi condición de Trabajador(a) Independiente, sin tener vínculo laboral alguno con la DIRECCIÓN DE SANIDAD – DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO:

| | |
|---|---|
| E.P.S: (obligatorio) | NUEVA - EPS |
| A.F.P. (obligatorio) | PORVENIR |

De igual manera, atendiendo a la sentencia C-537 de 2023, inexiquibilidad de la obligación de todas las entidades y corporaciones públicas de afiliarse de la administradora de riesgos laborales de carácter público, nos permitimos por favor nos manifieste de manera voluntaria a la Administradora de Riesgos Profesionales que va a realizar la afiliación correspondiente:

| | |
|---|---|
| A.R.P. (voluntario) | |

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P., determinado por la Superintendencia Bancaria, (En caso afirmativo debe anexar copia del presente documento y del contrato respectivo, que se llegare a realizar).

En consecuencia me comprometo como Contratista Independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes, en las proporciones de Ley, en caso de incurrir en mora o aporte parcial autorizo desde ya a la POLICIA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD para que descuente de los honorarios que se me adeuden y sea girado a las Entidades respectivas, el valor correspondiente.

Atentamente,

FECHA | 21 | 09 | 2026 |

FIRMA

1.123.304.905 DE Puerto Asís

IDENTIFICACION

Correo Electrónico: depuy.upres@policia.gov.co
Carrera 9 Calle 9 Esquina Barrio Centro Teléfono 8630065 Extensión 6421

La Policía Nacional, considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que esta implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, ***Jadier Yamit Cañas González*** Identificado con Cédula de Ciudadania No. **11123304905,** con domicilio en Vereda Nueva Esperanza, quien cumple funciones en la empresa Unidad Prestadora de Salud Putumayo, en el cargo de Técnico administrativo, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _x___ convenio ____ acuerdo ____ No. _____ del 2026, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Administrador de Seguridad de la Información, Analista de Seguridad de la Información, Técnico Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien hagas sus veces en la unidad, el cual reportará el incidente al Grupo de Seguridad de la Información y Respuesta a Incidentes informáticos – CSIRT-PONAL.

Esta declaración comienza con la firma del contrato, convenio o acuerdo que genera vínculo con la Policía Nacional y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo. Este compromiso debe ser firmado nuevamente cada vez que se suscriba un contrato con la Policía Nacional, y debe reposar junto con las hojas de vida de los funcionarios contratistas que van a cumplir funciones con la Institución.

**CONFIDENCIALIDAD**

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas o cualquier otra información vinculada con su rol en la Institución.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual, acuerdo o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara a EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información clasificada o reservada, este se compromete a dar aviso previo a la POLICÍA NACIONAL de modo que la Institución pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material clasificado o reservado.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material clasificado o reservado que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material clasificado o reservado, una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CONVENIO o ACUERDO.**

- El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.
- El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material clasificado o reservado, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

**ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL**, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado la Política de Seguridad de la Información que se encuentran en el Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento.
- Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo o fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Mocoa Putumayo, el 21 días del mes de Septiembre del año 2026

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma: Jader Yamit Cañas Gonzalez

Post-Firma:

Identificación 1.123.304.905

Empresa: Sanidad Policía

Cargo: Tec Administrativo.

**INFORMACIÓN PÚBLICA RESERVADA**

# CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [21] del mes de [Septiembre] de [2026]

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Jader Yamit Cano G.

Documento de Identidad: 1.123.304.905

## LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

| Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas | Objeto del contrato | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Valor | Contratista (singular o plural) | Contratante (sector público o privado) | Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 03/08/2022 | 23/01/2024 | 25.200.000 | SINGULAR | PRIVADO | CENDIDTER SAS |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 05/02/2021 | 30/05/2022 | 24.158.969 | SINGULAR | PUBLICO | SANIDAD POLICIA |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/09/2020 | 31/12/2020 | 5.600.000 | SINGULAR | PRIVADO | DISMECOL IPS LTDA |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/07/2019 | 31/01/2020 | 10.500.000 | SINGULAR | PUEBLICO | HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/012019 | 31/03/2019 | 6.900.000 | SINGULAR | PRIVADO | SAMANIEGO DE LA MANO DE DIOS IPS SAS |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/02/2018 | 30/11/2018 | 15.000.000 | SINGULAR | PUBLICO | HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 12/09/2019 | 31/12/2017 | 5.000.000 | SINGULAR | PRIVADO | ASISTENCIA MEDICA DEL SUR IPS |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/02/2016 | 30/06/2017 | 24.000.000 | SINGULAR | PRIVADO | IPS CLINICA AYNAN |
| 85111603 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/12/2015 | 01/01/2016 | 2.300.000 | SINGULAR | PRIVADO | DISMECOL IPS LTDA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

MINDEFENSA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

DEFENSA CIVIL COLOMBIANA
OFICINA OPERATIVA HUILA

50 Años DEFENSA CIVIL Colombiana

Certifican que:

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

## CC 1.123.304.905

Asistió y Aprobó el Curso de

## HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SEGÚN DECRETO 1609/2002

**Realizado en Neiva-Huila**

**Duración: 40 horas**

Neiva, 06 y 07 de Junio de 2025

TC. ALVARO VILLAREAL NEIRA
ALVARO VILLAREAL NEIRA
Jefe Oficina Operativa Huila

*La Institución Social y Humanitaria más grande del País*

Powered by CamS

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Jadier Yamit

Apellidos: Cañas Gonzalez

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

No. 1.123.304.905

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1992

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 09-04-2021 | Pfizer | ET6924 | Upres - Depuy | Ivan Palacios Aux. de enfermeria | 1032372972 |
| | 2 | 01-09-2021 | Pfizer | EY0585 | Upres - Depuy | Ivan Palacios Aux. de enfermeria | 1032372972 |
| | 3 | 24-01-2022 | PFIZER | 33020B10 | UPRES DEPUY | Aida Patricia Anaconda Rubio | 69006351 |

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: Jadier Yamit

Apellidos: Cañas Gonzalez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1.123.304405

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 1992.

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | 29 OCT 2013 | Serum Bermen | Estefa. |
| Fiebre Amarilla | Única | 21 junio 2013 | Bermen | Diana. |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 21 junio 2013 | [illegible] | Rosa V. |
| | 2 | 31 julio 2013 | [illegible] | Ampasit. |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 17 Enero 2014 | AHBVERIX | Ibsen. |
| | 2 | 17 Feb 2014 | AHBVERIX | Ibsen B. |
| | 3 | 17 junio 2014 | AHBVERIX | Ibsen B. |
| Influenza | 1 | 04 sept 2020 | VACUNA | Ana M. Ibs. |
| | 2 | 21 sept 2021 | U3B657 | Nury C. |
| | 3 | 14 Dic 2022 | [illegible] | Diana G. |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MINDEFENSA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

DEFENSA CIVIL COLOMBIANA
OFICINA OPERATIVA HUILA

50 Años DEFENSA CIVIL Colombiana

Certifican que:

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

## CC 1.123.304.905

Asistió y Aprobó el Curso de

## SOPORTE VITAL AVANZADO SVBA-(ACLS)

SEGÚN DECRETO 1609/2002

**Realizado en Neiva-Huila**

**Duración: 40 horas**

Neiva, 06 y 07 de Junio de 2025

TC. ALVARO VILLAREAL NEIRA
DEFENSA CIVIL SECCIONAL NEIVA (H)
ALVARO VILLAREAL NEIRA
Jefe Oficina Operativa Huila

*La Institución Social y Humanitaria más grande del País*

Powered by CamS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | suma 5.0 | educa comunica y cultura preventiva | IBERO Planeta Formación y Universidades

**Positiva Compañía de Seguros S.A. a través de su Línea de Acción de Positiva Educa, Comunica y Cultura Preventiva con el respalo académico de la Corporación Universitaria Iberoamericana**

**certifican que**

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

Identificado con CC1123304905

**Realizó y aprobó el curso virtual:**

## Primeros auxilios básicos

Con una intensidad de 8 horas, en cumplimiento de la gestión de asesoría y asistencia técnica, educación y comunicación en SST realizada por la Administradora de Riesgos Laborales siguiendo las disposiciones legales vigentes.

Se expide el presente certificado el:

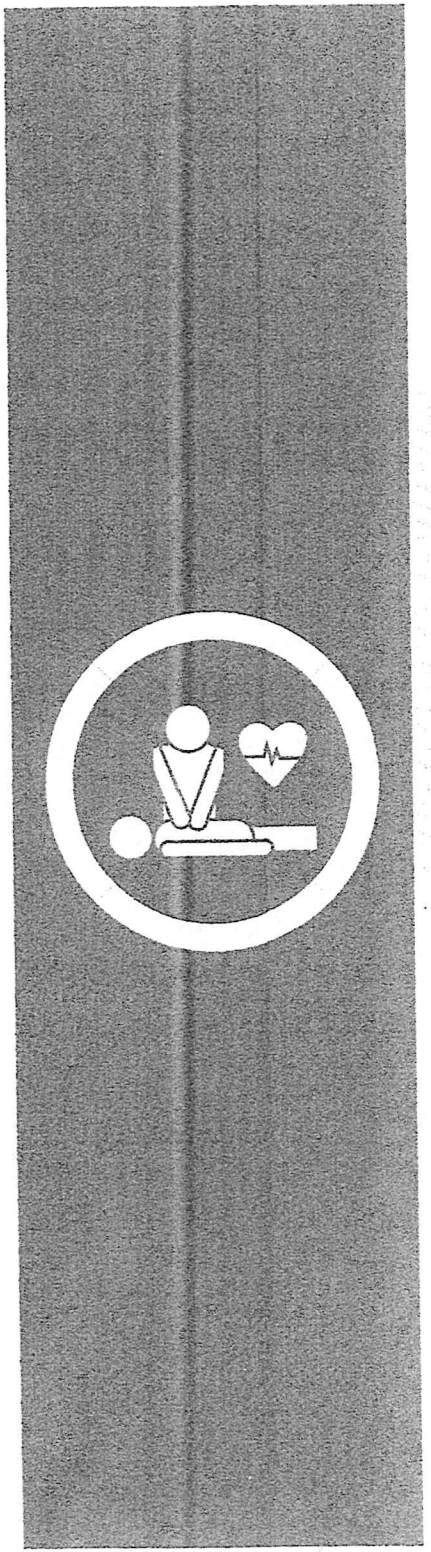
**7 de septiembre de 2026**

PTQ1yfiVfq

**Carlos Iván Heredia Ferreira**
Vicepresidente de Promoción y Prevención
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Positiva Prevención

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



# CERTIFICADO

FOLIO: 2DFFD00F -4106 -49B1 -AB06 -1D7B554DA584

PARA ACREDITAR QUE

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

COMPLETÓ Y APROBÓ EL CURSO

# Introducción a Primer Respondiente

PRESENTANDO A LA FECHA UN AVANCE DE 100 % Y UN PUNTAJE DE 8.62 .

FECHA Y HORA DE INSCRIPCIÓN : 16 MAY. 2025 - 06 :59 A. M.
FECHA Y HORA DE TÉRMINO: 16 MAY. 2025 - 10 :48 A. M.

EQUIVALENTE A 92 HORAS AL 100 %.

Capacítate para el empleo | FUNDACIÓN Carlos Slim

Para verificar la autenticidad de este documento escanea el código QR o dirígete a:
https://capacitateparaelempleo.org/verifica/fb1cfd32-918e-49e2-91ce-5fe1d9ca58f6/2dffd00f-4106-49b1-ab06-1d7b554da584

PRIMER RESPONDIENTE
*Gente que ayuda*

La Secretaría Distrital de Salud - SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos - UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

**HACEN CONSTAR QUE:**

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

CC 1123304905

Tomó el curso virtual gratuito *Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!*

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogot D.C. 19 de Febrero de 2026

SBI-20267139808455

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

**Centro Empresarial En Salud Cesalud S A**
**NIT. 9002631461**
**Matricula Mercantil 193615-23**

**Hace constar que:**

# JADIER YAMIT CAÑAS GONZALEZ

**Identificado (a) con C.C. No.** 1.123.304.905

**Asistió al seminario taller sobre:**

## ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

**Resolución 459 de 2012, Resolución 2003 de 2014, del ministerio de salud y protección.**

Neiva, 06 y 07 de Junio de 2025

**DANNY QUINTERO DE PERDOMO**
**RL. 36163715**

**SILVIA CRISTINA RUIZ CAMPO**
**Psicóloga instructora**

Powered by CamS