MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUDA ANTIOQUIA

CONSTANCIA NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL HORAS/DIA EXCLUSIVAS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PROPIA

Según Resolución Número 398 del 13 de septiembre de 2023 "*Por la cual se establece la metodología para calcular las necesidades del personal asistencial*, y en su artículo 2 se define como el procedimiento que permite la proyección, medición o ajuste de las necesidades del talento humano asistencial a partir del análisis estadístico de los eventos de salud o la dinámica de la demanda de servicios en concordancia con el portafolio de servicios, para la red propia como parte integral del estudio demanda – oferta de la UPRES Antioquia, ESPCO Clínica DEANT,ESPRI Comando Antioquia, ESPRI Comando Distrito Bello, ESPRI Rionegro, ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo, ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín, Hospital en Casa, Programa Médico Domiciliario y Salud Operacional.

El suscrito responsable para las Necesidades de Personal Asistencial de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, hace constar que una vez verificada la NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL HORAS/DIA EXCLUSIVAS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PROPIA No. 020–II–AS, con radicado de comunicación oficial No. GS-2026-082436-DISAN, se encuentran autorizadas las 6 horas día, para el personal que ostenta el título de, MEDICO GENERAL JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ para cubrir la necesidad planteada en la UPRES Antioquia, ESPRI BABEL.

Se expide a solicitud del Grupo de Contratos de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia de la Dirección de Sanidad Policia Nacional a los 20/10/2026

SI **ANDRES GOMEZ LOPEZ**
Responsable Necesidades de Personal Asistencial UPRES-DEANT

Nota: El profesional no puede exceder más de las 6 horas día, autorizadas en la Proyección de Necesidades de Personal Asistencial No. 020–0–AS

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396645
Diana.ortiz4745@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL
GRUPO ADMINISTRADOR DE SERVICIOS ASISTENCIALES

CEA.3.0-07
16-ECD-003

APRES-GADSE - 20.1

Bogotá D.C., 09 de septiembre de 2026

Señor mayor
CARLOS ALBERTO GUILLEN AGUDELO
Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Carrera 43a # 48c sur-45 Envigado
Medellín

Asunto: respuesta comunicado oficial GS-2026-285314-DEANT modificación necesidades de personal asistencial 2026

De manera atenta remito al señor mayor, modificación de la proyección de necesidades de personal asistencial 2026 de la UPRES Antioquia, teniendo en cuenta apertura de servicios, novedades de personal de planta y AC-2026-005053-DISAN "Que trata de revisión y validación de capacidad instalada del servicio de hospitalización y ajuste de talento humano asistencial según número de camas" de fecha 08-09-2026.

ESPRI Distrito Rionegro

Teniendo en cuenta la apertura del servicio de toma de muestras de laboratorio clínico avalada a través de comunicado oficial GS-2026-073549-DISAN, motivo por el cual se incluye el perfil de técnico auxiliar de laboratorio clínico y/o técnico auxiliar de enfermería por 6 horas/día asociado a esta novedad.

ESPCO Clínica DEANT

Teniendo en cuenta la apertura del servicio de neurología avalada a través de comunicado oficial GS-2026-075641-DISAN, motivo por el cual se incluye el perfil de médico especialista en neurología – médico especialista II por 6 horas/día asociado a esta novedad.

Urgencias – Técnico Auxiliar de Enfermería

- Revisada la novedad correspondiente al traslado de las uniformadas con cc, 1053826441 cc 1110559334 y de la no uniformada cc 42755132 por retiro, informa que, desde el proceso de personal asistencial, se procede a la actualización de las horas/día del perfil, con el fin de garantizar la continuidad, estabilidad y oportunidad en la prestación del servicio urgencias.

Hospitalización - Ajuste de Talento Humano Asistencial

Médico General: se ajustan a 40 horas/día servicio de Hospitalización adultos 2 piso.
Médico General: se ajustan a 32 horas/día servicio de Hospitalización adultos piso 3

Enfermero Profesional Universitario Asistencial: se ajustan a 64 horas/día servicio de Hospitalización adultos 2 piso.
Enfermero Profesional Universitario Asistencial: se ajustan a 64 horas/día servicio de Hospitalización Adultos - Hospitalización Pediátrica piso 3
Técnico Auxiliar de Enfermería: se ajustan a 128 horas/día servicio de Hospitalización adultos 2 piso
Técnico Auxiliar de Enfermería: se ajustan a 128 horas/día servicio de servicio de Hospitalización Adultos - Hospitalización Pediátrica piso 3

Redistribución de horas/día

Se separan las horas/día del perfil de Auxiliar Camillero así:

Auxiliar Camillero: para los servicios de Cuidado Intermedio Adulto, Cirugía General, Hospitalización Adultos, Hospitalización Pediátrica las horas/día corresponden a 48.
Auxiliar Camillero: para el servicio de urgencias las horas/día corresponden a 40

Se precisa que dentro de la distribución autorizada deberán ser utilizadas las horas correspondientes al servicio de Cuidado Intermedio Adulto, considerando que, aunque en los reportes de producción actualmente no se evidencian registros asociados a dicho servicio, la unidad se encuentra aperturada y disponible para la prestación de servicios, razón por la cual debe garantizarse la disponibilidad del talento humano requerido para su funcionamiento y respuesta.

La estimación de horas fue realizada conforme a la naturaleza operativa y modalidad de funcionamiento de cada servicio asistencial, teniendo en cuenta si la atención requerida corresponde a cobertura permanente intrahospitalaria o a servicios programados de consulta externa.
En el caso de los servicios ambulatorios o de consulta externa, las horas/mes fueron calculadas con base en jornadas efectivas de atención sobre días hábiles promedio del mes. En este sentido, una asignación de 8 horas/día equivale aproximadamente a 190 horas/mes, considerando un promedio operativo de 22,5 días hábiles mensuales. De igual manera:

- 6 horas/día equivalen aproximadamente a 142,5 horas/mes.
- 4 horas/día equivalen aproximadamente a 95 horas/mes.

Lo anterior obedece a que estos servicios no requieren cobertura continua los 30 días del mes ni funcionamiento permanente 24/7, sino que su programación responde a agendas de consulta programada y dinámica ambulatoria institucional.

Este documento exclusivo para actividades en la subred propia en el ámbito asistencial para los grupos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención inmediata, consulta externa, internación y quirúrgicos, como se describe a continuación:

NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL HORAS/DIA EXCLUSIVAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PROPIA

No. 020 – II – AS

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 398 del 13 - 09 - 2023 "Por la cual se establece la metodología para calcular las necesidades de personal asistencial", y en su artículo 2 se define como el procedimiento que permite la proyección, medición o ajuste de las necesidades de talento humano

asistencial a partir del análisis estadístico de los eventos de salud o la dinámica de la demanda se servicios prestados en concordancia con de portafolio de servicios.

Lugar de prestación del servicio	Servicio	Perfil	Código	Total requerido en horas/día	Total asistencial planta en horas/día		Total faltante en horas/día	Total faltante en horas/mes
					Uniformado	No Uniformado		
ESPRI Comando Antioquia	Enfermería	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Antioquia	Enfermería	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Antioquia	Medicina General	Médico General	MGE	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Antioquia	Odontología General	Odontólogo General	OGE	18	0	4	14	332,5
ESPRI Comando Antioquia	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	TNI	16	0	0	16	380
ESPRI Comando Antioquia	Psicología	Psicólogo	PUN	8	0	6	2	47,5
ESPRI Comando Antioquia	Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Enfermería Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas	Enfermero	PUNE	24	0	0	24	570
ESPRI Comando Distrito Bello	Enfermería	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	24	0	16	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Geriatría	Médico Especialista en Geriatría	MES II	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Ginecobstetricia Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas	Médico Especialista en Ginecobstetricia	MES II	6	0	0	6	142,5
ESPRI Comando Distrito Bello	Medicina Familiar	Médico Especialista en Medicina Familiar	MES II	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Medicina General	Médico General	MGE	90	0	0	90	2137,5
ESPRI Comando Distrito Bello	Nutrición y Dietética	Nutricionista Dietista	PUN	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Odontología General	Odontólogo General	OGE	20	0	0	20	475
ESPRI Comando Distrito Bello	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	TNI	16	0	8	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Otras Consultas Generales - Gerontología	Gerontólogo	PUN	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	6	0	0	6	142,5
ESPRI Comando Distrito Bello	Pediatría	Médico Especialista en Pediatría	MES II	6	0	0	6	142,5
ESPRI Comando Distrito Bello	Psicología	Psicólogo	PUN	16	0	0	16	380
ESPRI Comando Distrito Bello	Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Bacteriólogo	PUN	6	0	0	6	142,5
ESPRI Comando Distrito Bello	Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Técnico Auxiliar de Laboratorio Clínico y/o Técnico	TNI	16	0	0	16	380

		Auxiliar de Enfermería						
ESPRI Comando Distrito Bello	Vacunación	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
ESPRI Comando Distrito Bello	Vacunación	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Distrito Rionegro	Enfermería (consulta externa) Procedimientos Menores(enfermería)	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
ESPRI Distrito Rionegro	Enfermería (consulta externa) Procedimientos Menores (enfermería)	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	16	0	0	16	380
ESPRI Distrito Rionegro	Medicina General	Médico General	MGE	16	0	0	16	380
ESPRI Distrito Rionegro	Odontología General Radiología Odontológica	Odontólogo General	OGE	8	0	0	8	190
ESPRI Distrito Rionegro	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Distrito Rionegro	Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Técnico Auxiliar de Laboratorio Clínico y/o Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	6	0	0	6	142,5
ESPRI Distrito Rionegro	Psicología	Psicólogo	PUN	6	0	0	6	142,5
ESPRI Distrito Rionegro	Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	4	0	0	4	95
ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo	Medicina General	Médico General	MGE	4	0	0	4	95
ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo	Enfermería	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo	Enfermería	Enfermero	PUNE	4	0	0	4	95
ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo	Odontología General	Odontólogo General	OGE	4	0	4	0	0
ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Enfermería	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Enfermería	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela de Suboficiales	Fisioterapia	Terapeuta Físico	PUN	18	0	12	6	142,5

Carlos Holguín								
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Fonoaudiología	Fonosudiólogo	PUN	6	0	0	6	142,5
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Medicina General	Médico General	MGE	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Odontología General Radiología Odontológica	Odontólogo General	OGE	4	0	0	4	95
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	TNI	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Psicología	Psicólogo	PUN	8	0	0	8	190
ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín	Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	4	0	0	4	95
ESPCO Clínica DEANT	Anestesiología	Médico Especialista en Anestesiología	MES II	38	0	4	34	1020
ESPCO Clínica DEANT	Otras Consultas de Especialidad - Audiología	Fonoaudiólogo Especialista en Audiología	PES	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General	Médico Especialista en Cirugía General	MES II	40	0	0	40	1200
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General	Instrumentador Quirúrgico	PUN	64	0	0	64	1520
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General	Enfermero	PUNE	44	0	0	44	1045
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	40	0	0	40	950
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General (proceso de esterilización)	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	48	0	0	48	1140
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General	Médico General	MGE	24	0	0	24	570
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Maxilofacial	Odontólogo Especialista en Cirugía maxilofacial	OES I	2	0	0	2	47,5
ESPCO Clínica DEANT	Cuidado Intermedio Adulto	Enfermero	PUNE	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Cuidado Intermedio Adulto	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Cuidado Intermedio Adulto	Médico General	MGE	24	0	0	24	570
ESPCO Clínica DEANT	Cuidado Intermedio Adulto	Terapeuta Respiratorio	PUN	12	0	0	12	285
ESPCO Clínica DEANT	Cuidado Intermedio Adulto	Terapeuta Físico	PUN	8	0	0	8	190

ESPCO Clínica DEANT	Hospitalización Adultos - piso 2	Enfermero	PUNE	64	0	0	64	1520
ESPCO Clínica DEANT	Hospitalización Adultos - Hospitalización Pediátrica piso 3	Enfermero	PUNE	64	0	0	64	1520
ESPCO Clínica DEANT	Hospitalización Adultos - piso 2	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	128	0	0	128	3040
ESPCO Clínica DEANT	Hospitalización Adultos - Hospitalización Pediátrica piso 3	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	128	0	0	128	3040
ESPCO Clínica DEANT	Hospitalización Adultos piso 2	Médico General	MGE	40	0	0	40	950
ESPCO Clínica DEANT	Hospitalización Adultos piso 3	Médico General	MGE	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Enfermería (consulta Externa-prioritaria)	Enfermero	PUNE	20	0	0	20	475
ESPCO Clínica DEANT	Enfermería (consulta Externa-prioritaria)	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	32	0	8	24	570
ESPCO Clínica DEANT	Medicina General (consulta Externa-prioritaria)	Médico General	MGE	72	0	4	68	1615
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía General Hospitalización Adultos Hospitalización Pediátrica Cuidado Intermedio Adulto	Auxiliar Camillero	AUX	48	0	0	48	1140
ESPCO Clínica DEANT	Urgencias	Auxiliar Camillero	AUX	40	0	0	40	950
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Pediatrica	Médico Especialista en Cirugía Pediatrica	MES II	4	0	0	4	95
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Plástica y Estética	Médico Especialista en Cirugía Plástica	MES II	4	0	0	4	95
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Oftalmológica Oftalmología	Médico Especialista en Oftalmología	MES II	4	0	0	4	95
ESPCO Clínica DEANT	Dermatología	Médico Especialista en Dermatología	MES II	10	0	0	10	237,5
ESPCO Clínica DEANT	Endodoncia	Odontólogo Especialista en Endodoncia	OES II	2	0	0	2	47,5
ESPCO Clínica DEANT	Fonoaudiología	Fonoaudiólogo	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Ginecológica Ginecobstetricia Atención de parto Urgencias	Médico Especialista en Ginecobstetricia	MES II	32	0	0	32	960
ESPCO Clínica DEANT	Laboratorio Clínico Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Gestión Pre - Transfusional	Bacteriólogo	PUN	70	0	12	58	1377,5
ESPCO Clínica DEANT	Laboratorio Clínico Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Técnico Auxiliar de Laboratorio Clínico y/o Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	40	0	8	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Medicina Interna Hospitalización Adulto Urgencias Adulto	Médico Especialista en Medicina Interna	MES II	40	0	4	36	855

	Cuidado Intermedio Adulto							
ESPCO Clínica DEANT	Medicina Interna (consulta externa)	Médico Especialista en Medicina Interna	MES II	24	0	0	24	570
ESPCO Clínica DEANT	Neurocirugía	Médico Especialista en Neurocirugía	MES II	4	0	0	4	95
ESPCO Clínica DEANT	Neurología	Médico Especialista en Neurología	MES II	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Otras Consultas Generales - Neuropsicología	Psicólogo Especialista en Neuropsicología	PES	12	0	8	4	95
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa-Nutrición y Dietética	Nutricionista Dietista	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Nutrición y Dietética	Nutricionista Dietista	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Odontología General	Odontólogo General	OGE	36	0	12	24	570
ESPCO Clínica DEANT	Odontología General	Técnico Auxiliar de Odontología	TNI	36	0	0	36	855
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Ortopédica Ortopedia y Traumatología	Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología	MES II	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Otorrinolaringología Otorrinolaringología	Médico Especialista en Otorrinolaringología	MES II	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Pediatría Hospitalización Pediátrica Urgencias	Médico Especialista en Pediatría	MES II	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Pediatría (consulta externa)	Médico Especialista en Pediatría	MES II	18	0	0	18	427,5
ESPCO Clínica DEANT	Psicología	Psicólogo	PUN	22	0	0	22	522,5
ESPCO Clínica DEANT	Psiquiatría	Médico Especialista en Psiquiatría	MES II	18	0	0	18	427,5
ESPCO Clínica DEANT	Imágenes Diagnósticas Ionizantes Imágenes Diagnósticas No Ionizantes	Médico Especialista en Radiología	MES II	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Imágenes Diagnósticas Ionizantes Imágenes Diagnósticas No Ionizantes	Tecnólogo Radiología Imágenes Diagnósticas	TEC	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Fisioterapia	Terapeuta Físico	PUN	30	0	0	30	712,5
ESPCO Clínica DEANT	Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Terapia Respiratoria (Sala ERA)	Terapeuta Respiratorio	PUN	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	14	0	0	14	332,5
ESPCO Clínica DEANT	Transporte Asistencial Básico	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	64	0	0	64	1520

ESPCO Clínica DEANT	Urgencias	Médico Especialista en Medicina de Urgencias o Emergencias	MES II	32	0	0	32	760
ESPCO Clínica DEANT	Urgencias	Médico General	MGE	108	0	0	108	3240
ESPCO Clínica DEANT	Urgencias (sala ERA)	Enfermero	PUNE	48	0	0	48	1440
ESPCO Clínica DEANT	Urgencias	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	128	40	0	88	2090
ESPCO Clínica DEANT	Cirugía Urológica Urología	Médico Especialista en Urología	MES II	10	0	0	10	237,5
ESPCO Clínica DEANT	Vacunación	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Vacunación	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Medicina General	Médico General	MGE	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Enfermería	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Enfermería	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Fisioterapia	Terapeuta Físico	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Terapia Respiratoria	Terapeuta Respiratorio	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	PUN	8	0	0	8	190
ESPCO Clínica DEANT	Programa Hospital en casa- Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Medicina General - Extramural	Médico General	MGE	8	0	8	0	0
UPRES Antioquia	Enfermería- Extramural	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Enfermería- Extramural	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Odontología General - Extramural	Odontólogo General	OGE	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Psicología- Extramural	Psicólogo	PUN	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario - Enfermería	Técnico Auxiliar de Enfermería	TNI	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario- Medicina General	Médico General	MGE	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario - Enfermería	Enfermero	PUNE	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario - Terapia Respiratoria	Terapeuta Respiratorio	PUN	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario - Nutrición y Dietética	Nutricionista Dietista	PUN	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario- Psicología	Psicólogo	PUN	8	0	0	8	190
UPRES Antioquia	Programa Médico Domiciliario - Fisioterapia	Terapeuta Físico	PUN	8	0	0	8	190

UPRES Antioquia	Programa Medico Domiciliario - Otras Consultas Generales - Trabajo Social	Trabajador Social	PUN	6	0	0	8	190

La fuente para determinar el total de talento humano de planta, uniformado y no uniformado es el listado de personal remitido y la aplicación de la metodología descrita en la resolución y enviada por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia para realizar la actualización de la constancia.

Los datos de talento humano: requerido, existente en planta (uniformado - no uniformado) y el faltante se expresan para cada perfil y servicio, la información de la columna titulada "total horas día faltantes" corresponde a las horas que la UPRES tiene disponibles para contratar. Es responsabilidad de la UPRES Antioquia determinar su distribución en personas de dos (2), cuatro (4), seis (6) y ocho (8) horas día entre otras, según la necesidad.

Se indica a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia que la constancia de necesidades del personal asistencial No 020 –II- AS, es exclusiva para la prestación de los servicios de salud en la red propia, las horas/día autorizadas no pueden ser utilizadas para el ámbito administrativo (atención al usuario, referencia y contrarreferencia, seguridad y salud en el trabajo, alto costo, entre otros). Se expide la presente de acuerdo a comunicado oficial GS-2026-285314-DEANT firmado por el señor mayor Carlos Alberto Guillen Agudelo Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia más acta AC-2026-005053-DISAN, la cual corresponde a la segunda modificación y tiene vigencia hasta el 31 - 12 - 2026.

Elaborado Metodológicamente por: Mayor Carlos Alberto Guillen Agudelo
Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia

Capitán Claudia Marcela Mejía Alvarez
Jefe Grupo Prestación de Atenciones en Salud

TS27 Diana Milena Ortiz Vergara
Responsable Personal Asistencial Antioquia

Atentamente,

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Leonardo Espinal Granada
Grado: Teniente Coronel
Cargo: Jefe Area Gestion De Prestacion Servicios De Salud
Cédula: 71788021
Dependencia: Area Gestion Prestacion Servicios De Salud
Unidad: Direccion De Sanidad De La Policia Nacional
Correo: leonardo.espinal@correo.policia.gov.co
10/09/2026 8:05:44 a. m.

Anexo: no

calle 44 50-51 piso 2
Teléfono: 6015804400
disan.apres-gadse@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

Policia Nacional Direccion de Sanidad	FORMATO (G) SELECCIÓN DE PERSONAL INFORME FINAL	
	Macroproceso DISAN: Administrador Gestión del Talento Humano	Proceso: Gestión del Talento Humano Actividad: Selección y Vinculación de Personal
	Elaboro: PS. ENRIQUE LUENGAS SOTELO	Fecha de emisión: 10/01/107
	Reviso: ST. DIANA MARCELA RIVEROS ARDILA	Fecha última actualización : 02/02/09 Codigo:
	Aprobó: MY. SONIA DEL PILAR MORENO C.	Archivo: Edicion:

DATOS GENERA.LES

REQUERIMIENTO:	MEDICO GENERAL	FECHA:24/09/2026
UNIDAD:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA	HORAS A CONTRATAR: 143 Horas mensuales
NOMBRE DEL OFERENTE:	JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 16478611
PROFESIÒN :	MEDICO GENERAL	EDAD: 65 años
CONTRATO PARA:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA	DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: Tiempo Parcial- Inmediato

CONCEPTO PRUEBAS PSICOLOGICAS

Juan Carlos destaca por ser un hombre maduro, asertivo y sumamente emprendedor, mostrando un espíritu entusiasta, activo y lleno de iniciativa para asumir retos con total seguridad. Su mentalidad es imaginativa, idealista y transformadora, lo que le permite aportar ideas innovadoras y fuera de lo común. Además, posee una alta capacidad de análisis discreto, una fuerte autonomía y una gran energía que canaliza de forma decidida hacia el logro de sus metas competitivas.

RESULTADOS

CONCEPTO TECNICO:	CUMPLE	
PROFESIONAL DE APOYO:	IJ. OMAR ALEJANDRO ZAPATA YEPES	
PUNTAJE	PUNTAJE OBTENIDO	VALOR EN PORCENTAJE
PUNTUACION PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	40%	50%
PUNTAJE Y CONCEPTO ENTREVISTA:	26%	30%
PUNTAJE EN ANALISIS DE HOJA DE VIDA	16%	20%
TOTAL	82%	100%
CONCEPTO EVALUACIÒN :	BUENO	

OBSERVACIONES: El candidato presenta su proceso de selección de manera satisfactoria, demostrando compromiso y disposición para asumir las responsabilidades del cargo ofrecido. Tras la revisión de los documentos y la verificación de los requisitos establecidos, se confirma que cumple con las condiciones necesarias para la contratación. Además, manifiesta su conformidad con la oferta laboral, aceptando los términos y condiciones acordados

Educación y formación: Pontificia Universidad Javeriana- 1987(medico)

Experiencia laboral: El candidato posee experiencia como Medico: Wemi-2015; Hospital Universitario del Rio-2018

Rina Bertel Z

PSI. RINA MARCELA BERTEL ZUÑIGA
Psicóloga Proceso de Selección UPRES

N. Jonathan López V.

IJ. JONATHAN LOPEZ VARGAS(I)
ResponsableTalento Humano UPRES

Elaborado por: Psi. RINA MARCELA BERTEL ZUÑIGA

Envigado. 20 de octubre del 2026

Señor(a):
INTERESADO(A) EN PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN
Médico General
Bello

Asunto: Solicitud de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión

Respetado(a) señor(a):

Desde el **Establecimiento de Sanidad Policial Primario Bello**, en calidad de **dueño de la necesidad**, y de conformidad con las necesidades identificadas para el cumplimiento de las funciones institucionales, me permito **solicitar formalmente sus servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión**, en los siguientes términos:

1. Objeto del servicio

Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión como **Medico General**, apoyando las actividades propias del **Establecimiento de Sanidad Policial Primario Bello** de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia

2. Actividades a desarrollar

1. Capacidad de trabajo en equipo, que le permita tener actitud de aprendizaje y mejora continua.
2. Conocimiento del uso de herramientas Informática básica, paquete office.
3. Capacidad de promover y adaptarse al cambio, para poder adquirir compromisos y responsabilidades.
4. Las demás actividades afines al objeto del servicio que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento del mismo.

3. Horas Prestación Servicio

- **Horas mensuales:** 143 horas
- **Horas semanales (referenciales):** 33 horas
- **Horas diarias):** 06 horas

4. Plazo de ejecución

El plazo estimado para la ejecución del servicio será de **66 días**, para la vigencia 2026 y **90 días** para la vigencia 2027, para un **total de 156 días**, contados a partir de la fecha de inicio que se establezca en el respectivo contrato.

Cordialmente,

Intendente jefe **OMAR ALEJANDRO ZAPATA YEPES**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario

GS-2026-313047-DEANT

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA ANTIOQUIA
GRUPO SOPORTE Y APOYO UPRES ANTIOQUIA

CEA.3.0-07
16-ECD-003

UPRES-GUSAP - 20.1

Envigado, 18 de septiembre de 2026

Señor (a) mayor
CARLOS ALBERTO GUILLEN AGUDELO
Jefe Unidad Prestadora Salud
Carrera 43a # 48c sur-45 Envigado
Medellín

Asunto: Reclamación de Equiparo S.A.S por cobertura de horarios

Me permito dirigirme a la Ordenación del Gasto con el fin de remitir la comunicación recibida de EQUIPARO S.A.S. el 15 de septiembre de 2026, para su conocimiento y evaluación jurídica, conforme a los siguientes hechos:

1. Hechos

1.1. Mediante comunicado GS-2026-241201-DEANT, del 21 de julio de 2026, esta supervisión requirió a EQUIPARO S.A.S. informar quién asumiría la atención del servicio durante las franjas horarias descubiertas (06:30-08:00 y 17:00-18:00), ante la evidencia de que el técnico in-house fue asignado con jornada legal ordinaria (08:00-17:00), en contravía del horario pactado en el Anexo Técnico de la Aceptación de Oferta (lunes a viernes 06:30 a 18:00, sábados 07:00 a 12:00).

1.2. Mediante comunicación del 15 de septiembre de 2026, EQUIPARO S.A.S. responde alegando ruptura del equilibrio económico del contrato, planteando que la exigencia de mantener cobertura hasta las 18:00 horas constituye una alteración sobrevenida a las condiciones de la oferta, y reclama el reconocimiento y pago de $10.988.890 COP por concepto de sobrecosto laboral y lucro cesante empresarial, correspondientes al periodo del 22 de julio al 22 de septiembre de 2026. Adicionalmente, propone un horario partidario alternativo de 42 horas semanales.

Se remite lo anterior para conocimiento y evaluación jurídica de esa Jefatura.

Atentamente,

...

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Jonny Ferney Mazo Uribe
Grado: Tecnico Para Apoyo Seguridad Defensa25
Cargo: Tecnico Para Apoyo Seguridad Defensa25
Cédula: 1017149403
Dependencia: Grupo Soporte Y Apoyo Upres Antioquia
Unidad: Departamento De Policia Antioquia
Correo: yonny.mazo3071@correo.policia.gov.co
18/09/2026 4:48:49 p. m.

Firr

Anexo: SI
Teléfono: 3015743601
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



Bello, 3 de septiembre de 2026

Intendente
OMAR ALEJANDRO ZAPATA YEPES
Jefe establecimiento de Sanidad Policial Primario-Bello
Avenida 43 No. 50-75
Bello Antioquia

Respetado Mayor

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Establecimiento de Sanidad Policial Primario-Bello, mis servicios profesionales como **MEDICO y** para tal efecto me acogeré a las condiciones, áreas y/o servicios que determine de acuerdo con sus necesidades, programación y honorarios establecidos por la entidad así:

Oferta Horas Prestación Servicio		
Día	**Semana**	**Mes**
6	33	143

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionada en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado en la siguiente dirección: juancjimenez61@gmail.com, Celular: 3216428280

Para los anteriores fines, me permito informar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Cordialmente,

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

NOMBRE

CC. 16.478.611


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 16.478.611
JIMENEZ LOPEZ
APELLIDOS
JUAN CARLOS
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1961
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
26-SEP-1979 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-3100150-00128713-M-0016478611-20081117
0006180986A 1
2750020414

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
Jimenez	Lopez	Juan Carlos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 16478611	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 16478611 D.M. 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 05 AÑO 1961

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVDA BOLIVAR 38 N 75 203 REGIVIT

PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO ARMENIA

TELÉFONO 7348971 EMAIL juancjimenez61@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	06	AÑO	1978
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA	11	2011	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	1987	15353/1988

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
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 HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELEFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 28	*DEPENDENCIA* AREA DE GLOSAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 NORTE 17N 05				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 28	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 NORTE 17N 25				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7348971	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* MEDICINA SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 NORTE 17 null NORTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 17N 05						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GLOSAS					*DIRECCIÓN* avda bolivar calle 17 n						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* CALARCÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GLOSAS					*DIRECCIÓN* avda bolivar calle 17 n						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE AUDITORIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA BOLIVAR 17 NORTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GLOSAS					*DIRECCIÓN* avda bolivar calle 17 n						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DEPARTAMENTALUNIVERSITARIO DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FINANCIERA					*DIRECCIÓN* avda bolivar calles 17 -18 norte						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS E.S.E.			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7493500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 17N 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HUSD UNIVERSITARIO DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GLOSAS Y RECAUDO					*DIRECCIÓN* AVDA BOLIVAR CALLES 17 Y 18 NORTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HUSD UNIVERSITARIO DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* CALARCÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GLOSAS Y RECAUDO					*DIRECCIÓN* AVDA BOLIVAR CALLES 17 Y 18 NORTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HUSD UNIVERSITARIO DEL QUINDIO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: QUINDÍO	MUNICIPIO: ARMENIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día	01	Mes	11	Año	2020	FECHA DE RETIRO	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: GLOSAS Y RECAUDO					DIRECCIÓN: AVDA BOLIVAR CALLES 17 Y 18 NORTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HUSD UNIVERSITARIO DEL QUINDIO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: QUINDÍO	MUNICIPIO: ARMENIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día	01	Mes	11	Año	2020	FECHA DE RETIRO	Día	30	Mes	11	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: GLOSAS Y RECAUDO					DIRECCIÓN: AVDA BOLIVAR CALLES 17 Y 18 NORTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HUSD UNIVERSITARIO DEL QUINDIO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: QUINDÍO	MUNICIPIO: ARMENIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día	08	Mes	07	Año	2020	FECHA DE RETIRO	Día	31	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: GLOSAS Y RECAUDO					DIRECCIÓN: AVDA BOLIVAR CALLES 17 Y 18 NORTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CAJA DE COMPENSACIÓN COMFENALCO ANTIOQUIA			PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día	02	Mes	09	Año	2008	FECHA DE RETIRO	Día	28	Mes	02	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL: COORD REGIONAL	DEPENDENCIA: AUDITORIA EPS					DIRECCIÓN: CALLE 19 44 25 piso 2						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE URABA -NECOCLI			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: NECOCLÍ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8214546	FECHA DE INGRESO	Día	04	Mes	09	Año	1997	FECHA DE RETIRO	Día	15	Mes	04	Año	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL: DIRECTOR O GERENTE GENERAL DE ENTIDAD	DEPENDENCIA: GESTION DE SALUD					DIRECCIÓN: CALLE 50 31 37 Vía a Turbo						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	11	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Armenia, 18.09.26

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	OTRO	Fecha de publicación	2026-09-22 18:41

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CARLOS	JIMENEZ	LOPEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	16478611

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	NEIVA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	QUINDÍO	Municipio	ARMENIA

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	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.
Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 "]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$42.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$10.000.000,00
TOTAL	$52.000.000,00

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	$1.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$3.600.000,00

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 [X] No [ ]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
CONNECT	SOCIEDAD	SOCIO	COLOMBIA

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PATRICIA		MARIN	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 30315924

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:

República de Colombia

Departamento del Valle del Cauca

El Colegio Franciscano de Pio XII

Aprobado por Res. 1104 del 17 de Marzo de 1960
Emanada del Ministerio de Educación Nacional,

Teniendo en cuenta que:

Juan Carlos Jiménez López

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria y fué aprobado en todas las pruebas reglamentarias, le confiere el título de

Bachiller

El Rector — COLEGIO PIO XII - CALI - RECTORIA - Franciscanos

El Secretario — COLEGIO PIO XII - CALI - SECRETARIA - Franciscanos

Cali, 19 de Junio de 1978

Gobernación del Departamento del Valle del Cauca

Anotado al Folio No. 157 - T del Libro de Registro No. 25

Por el Gobernador del Departamento.

El Secretario de Educación

El Director de Educación Media

DESPACHO NOTARIO QUINTO DE CALI
EL SUSCRITO NOTARIO QUINTO DEL CIRCULO DE CALI
C E R T I F I C A
Que ha tenido a la vista el original a que se refiere la fotocopia anterior.
Cali, JUN 1980
NOTARIA QUINTA del Circulo de Cali
JAIME H. CORREA GRISALES

Santiago de Cali, Junio 21 / 78

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

EN ATENCION A QUE

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

C.C. 16.478.611 BUENAVENTURA

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE MEDICINA

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN BOGOTA A LOS 16 DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO DE 1987

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA · COLOMBIA ·

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO ACADEMICO

DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

Bogotá, 13 oct/88

Resolución No. 1223

EL SUSCRITO NOTARIO QUINTO DE CALI

C E R T I F I C A

Que ha tenido a la vista el diploma anterior.

Cali, 21 sept. 1988

Folio: 9-11 Libro: 88

Nº 3568

Nº 09702

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE GRADO Nº SG— 1217

En la ciudad de Bogotá el día 16 del mes de julio de 19 87 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Padre Jorge Hoyos, S.J., Rector en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, autorizada para el efecto según Resolución Nº 500 del día 30 del mes de marzo de 19 49 del Ministerio de Educación Nacional, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MEDICO Y CIRUJANO

a JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

identificado con c.c. Nº 16.478.611 B/ventura quien cumplió con los requisitos académicos, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Universidad y con las normas legales; y le otorgó el Diploma Nº 3568 que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de julio de 19 87.

Firmado por

JORGE HOYOS, S.J.	JAIME BERNAL, S.J.	ARTURO MORILLO
Rector	Secretario General	Decano

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Secretario General
UNIVERSIDAD JAVERIANA
GENERAL
OTA

Bogotá, 16 de julio de 1.987.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION

La Suscrita SOFIA MEDINA DE LOPEZ VILLA, Notaria Veintiseis del círculo de Bogotá CERTIFICA que las firmas que autorizan el anterior documento, corresponden a las registradas en [illegible] Por ESAPUC

Bernal

según la confrontación que [illegible]

Dado en Bogotá a 16 JUL. 1987

Nº 14677

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
SOFIA MEDINA DE LOPEZ VILLA
NOTARIA VEINTISEIS DE BOGOTA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Registro No.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

11 15353/1988

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

C.C. o C.E.

16478611

Institución de Educación

UNIV. JAVERIANA

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

Código

83198/63

Fecha de Expedición

30/05/2014

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

16478611

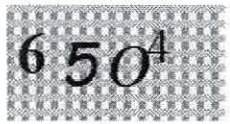
Primer Nombre

JUAN

Primer Apellido

JIMENEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7042

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-07→5:13:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	16478611	JUAN	CARLOS	JIMENEZ	LOPEZ	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) JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado(a) con CC 16478611 registra La siguiente información:

2026-09-07→5:13:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	1988-10-13	15353	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|VALLE DEL CAUCA|EL CAIRO	1987-09-01	1988-08-31	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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:33:37 PM horas del 07/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **16478611**
Apellidos y Nombres: **JIMENEZ LOPEZ JUAN CARLOS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/09/2026 01:04:55 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **16478611**

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. **146793460** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302603944

PIB
21:38:23

Bogotá DC, 08 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) JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16478611:

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 martes 01 de septiembre de 2026, a las 12:52:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16478611
Código de Verificación	164786112609011252 52

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 17:42:33 horas del 07/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **16478611**, Apellidos y Nombres **JIMENEZ LOPEZ JUAN CARLOS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DISAN**, con NIT **830041314-4** 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 16478611 **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 07/09/2026 05:58 PM

Código Verificación: **YDU9F51NA8**

Válida hasta: **06/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Juan Carlos Jimenez Lopez, identificado(a) con CC número 16478611, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 16478611
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Carlos Jimenez Lopez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/05/1961
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	121 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 800224808 FONDODE PENSIONES PORVENIR Desde 01/10/2020 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 16478611 JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ Desde 01/02/2024 Hasta 30/04/2026

Generado por interfaces

07/09/2026

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **16.478.611** se le aprobó la **SOLICITUD POR VEJEZ ANTICIPADA** a partir del 05 de Agosto de 2020 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de Retiro Programado con una mesada pensional por $1,999,725.00.

La presente certificación se expide el 07 de septiembre de 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).

La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.

Bello, 4 de septiembre de 2026

Señores
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA
Bello – Antioquia

Cordial saludo.

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado como aparece al pie de mi firma, me comprometo voluntariamente a hacer las gestiones pertinentes para afiliarme a la administradora de riesgos laborales – ARL de forma inmediata una vez se me entreguen la copia del contrato firmado por ambas partes, toda vez que es requisito para necesario para efectuar el trámite.

Así mismo, entiendo que la afiliación a la administradora de riesgos laborales – ARL debe ser antes del inicio del contrato y será en el nivel de riesgo 5

Atentamente,

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

C.C. 16.478.611

IPS NORMEDIC

IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 16478611-17212

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 oct. 2026 - BELLO - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ	**Identificación:**	16478611
Género	MASCULINO **Edad:** 65	**Teléfono**	**Móvil:** 3216428280
Fecha Nacimiento:	2/5/1961	**EPS:**	SANITAS S.A.
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección		**Cargo:**	MEDICO
Peso: 97.3 Talla: 176 IMC: 31.41		**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

AUDIOMETRIA	OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 6000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 8000- OI: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 8000- PTA OIDO DERECHO: 18.75 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO: 18.75 - Audición Normal	PTA EVIDENCIA AUDICION NORMAL BILATERAL, CON DESCENSO DE LEVE A MODERADO EN FRECUENCIAS AGUDAS, AL MOMENTO DEL EXAMEN. 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	AMBLIOPIA-PRESBICIA	REVISION VISUAL ANUAL
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR.		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones: 1. SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROL EN SU ENTIDAD DE SALUD POR PATOLOGIA DE BASE.

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: ***1. Reportar oportunamente cualquier incidente o accidente que se presente durante la realización de sus labores.
2.Conserve posturas ergonómicas que permitan prevenir accidentes, molestias y lesiones originados por malas posturas.
3.Recibir inducción o reinducción sobre el manejo adecuado de los diferentes elementos de trabajo. Los elementos de protección individual son componentes esenciales para garantizar su seguridad; úselos correctamente.
4.Realice pausas activas: estiramiento, columna, extremidades superiores e inferiores, según programa de pausa en la empresa.
5.Reportar oportunamente cambios en su estado de salud.
6.Se recomienda contar con esquemas de vacunación actualizados para el ejercicio diario de sus funciones.
7.En caso de un evento por accidente biológico, es importante la notificación rápida y oportuna del evento con el fin de tomar las acciones correspondientes a este.

María Kathe... López P.
Especialista SST
...GES En 63609-12
...3017

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	Ver recomendaciones de Visiometría/ Optometría. Uso de lentes o gafas de corrección visual según prescripción en jornada laboral, actualizar fórmula anualmente, uso de gafas de protección ocular en ambiente laboral según se requiera.	SVE
CARDIOVASCULAR	Se sugiere seguimiento de control por riesgo cardiovascular o alteraciones crónicas, control nutricional y metabólico.	SVE

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
RACHID CHAJIN FLOREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1116789272
11167789272 - 2854

Firma y cédula del Paciente
JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ
16478611

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE POLICIA No 6
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ° 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RECHAZO DE VACUNACIÓN.

Yo, Juan Carlos Jiménez López identificado 16.478.611 c.c. tras haber sido informado de los riesgos y beneficios de la vacunación por parte de los profesionales de la salud.

ENTIENDO

1. El propósito, beneficios y riesgos de las (s) vacuna (s) recomendada (s)
2. Las consecuencias de no recibir la vacunación y que puede incluir:
    - Contraer enfermedades que la vacuna puede prevenir
    - La enfermedad puede ser transmitida a otras personas a través de mí.

Tras valorar esta información, y sabiendo que puedo reconsiderar mi decisión en cualquier momento para solicitar la vacunación:

RECHAZO la administración de las siguientes vacunas (marque con una X cual):

- Hepatitis A
- Otras: Hepatitis B

Asumo el riesgo explicado existente de que pueda padecer alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas, y que son actualmente prevenibles en parte o en su totalidad mediante la vacunación.

Sé que puedo consultar este asunto en cualquier momento con el personal sanitario responsable de salud, así como solicitarles fuentes de información y cambiar de opinión en un futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento.

En Bello-Antioquia, a los 2 del mes Octubre del año 2026

Firma del paciente:

Tipo y No de documento: cedula ciudadania. 16.478.611

Carrera 43ª 48 C Sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396710
deant.rases-sst@policia.gov.co
www.policia.gov.co

María Katherine López P.
Medico especialista SST
Universidad CES RM 539093-12
ESO 0661194772-2017

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 95f344f1-f7b8-4d23-8673-b92a666e2ae3

Nombres y apellidos / Full name: **JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 6 4 7 8 6 1 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/05/1961**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	05	08	2016		L55511	NEIVA NUEVA EPS QUIRINAL	
COVID PFIZER	Primera	11	03	2021		EN1195	ARMENIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	MARIA DINEY DUQUE
COVID PFIZER	Segunda	05	04	2021	PFIZER	ER1742	ARMENIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	MARIA ARANGO
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	21	02	2022	PFIZER	211176	ARMENIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	LUISA FERNANDA AGUDELO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	17	07	2023	BUTANTAN	230049	ARMENIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	MARIA DISNEY ARANGO DUQUE
Varicela Particular	Primera	21	09	2026		A003294	UVA ARMENIA	DIANA MORENO
Influenza Adultos Particular	Anual	21	09	2026		N08	UVA ARMENIA	DIANA MARIA MORENO LONDOÑO - CC53141021 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema delnformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

María Katherine López
Medico especialista SST
Universidad CES RM 53909-12
CC 1060104772 -2017

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ARMENIA,
QUINDIO,
COLOMBIA,
A quién interese

07/09/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **16478611**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**166170312945**
Fecha de apertura	**01/12/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO No 3
INFORMACION A TERCEROS

1. TIPO DE BENEFICIARIO
SELECCIONE LA OPCIÓN CORRECTA

1.1 Consorcio o Unión Temporal	☐	1.11 Persona Natural Extranjera	☐
1.2 Departamento	☐	1.12 Persona Natural Nacional	☒
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
ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

2.1 Cédula de Ciudadanía	☒	2.4 Otro Tipo de Documento	☐
2.2 Cédula de Extranjería	☐	2.5 Pasaporte	☐
2.3 Registro Único Tributario	☐	2.6 Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO: 1 6 4 7 8 6 1 1 ☐ · ☐

3. TIPO RETENCION
DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente	☐	3.5 General no es Gran Contribuyente ni Autoretenedor	☐
3.2 Entidad Estatal o sin ánimo de lucro	☐	3.6 Régimen Común	☒
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor	☐	3.7 Régimen Simplificado	☐
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor	☐		

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL: Juan Carlos Jimenez López

5. PAIS: Colombia REGION: Quindío CIUDAD: Armenia.

6. TELEFONO: 3216428280 7. FAX:

8. DIRECCION: Kra 19 # 36N-38 9. E-MAIL: juancjimenez61@gmail.com

10. INFORMACION DE LA CUENTA
ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

10.1 ENTIDAD FINANCIERA: Davivienda SUCURSAL: C.C Portal Quindío

10.2 NUMERO DE LA CUENTA: 166170312945 AHORROS ☐ CORRIENTE ☒

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE FECHA: Sept 3/2026

Juan Carlos Jimenez L.
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

C.C 16.478.611

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 09 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761063995000

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Se reconoce que

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

* * * * *

16478611

Ha completado satisfactoriamente el curso de

Humanización en el servicio de salud

cumpliendo con los requisitos académicos exigidos por La U MTD

QR	12/09/26	16/09/28	5466200988JJ
	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	CERTIFICADO ID

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

16472811

Dpto de cocinas y lavanderia de salud Humanitas

16/09/25

16/09/28

54850988U

Falck

Una empresa del Grupo Falck

EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A

NIT. 811007601-0

Que el(a) señor (a) JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado con cedula de ciudadanía N° 16.478.611, estuvo vinculado a nuestra sociedad, desde el día 21 de julio de 2014 hasta 30 de septiembre de 2015 con un contrato a TERMINO INDEFINIDO y se desempeño como GERENTE MEDICO.

Para constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, el día 30 de septiembre de 2015

Diana Lorena Mejia

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO

Cuenca, 29 de Enero de 2019

A petición verbal de la parte interesada

CERTIFICO

Que el Dr. **JIMENEZ LOPEZ JUAN CARLOS** pasaporte **No AT034159** laboró en el Hospital Universitario del Río. HOSPIRIO S.A., institución de tercer nivel de especialidades médicas, desde 01 de Octubre del 2017 hasta 30 de Noviembre 2018 desempeñándose en el cargo de **DIRECTOR MEDICO** en el área de **DIRECCION MEDICA** de esta institución.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, autorizando a la parte peticionaria hacer uso de este documento en la forma que creyere conveniente a sus intereses.

Atentamente,

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO
GESTIÓN HUMANA

Estefanía Gomezcoello
JEFE DE TALENTO HUMANO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RÍO

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C1647861100345459
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JUAN CARLOS JIMÉNEZ LÓPEZ**, identificado(a) con C.C. No. 16478611 y T.P. o R.M. No. 15353/1988 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 07 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141247956026

(415)7707212489984(8020) 000014124795602 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 6 4 7 8 6 1 1	0	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

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 6 4 7 8 6 1 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	LOPEZ	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal: AV BOLIVAR 38 NORTE 75 AP 203 ED LA RIVIERA

42. Correo electrónico: cnvcorporate@gmail.com

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

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 1 4 0 3 0 6	0 0 2 0	2 0 2 0 0 9 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2026-04-27 / 02:16:10PM

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 JIMENEZ LOPEZ JUAN CARLOS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

-d554-48ed-98c7-64727869c1a1

SOCOMEG

Sociedad Colombiana
de Médicos Generales

Certifica que

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

Completo satisfactoriamente el curso de **Soporte Vital Avanzado - ACLS**;
El cual otorga 40 créditos para el programa **PRECEMEG** ***(Programa de recertificación medica voluntaria de médicos generales)*** con una duración de 48 horas.

El presente se otorga a solicitud del interesado y es
valido por 2 (dos) años a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **13 de septiembre de 2026**

Leonardo Sanchez Pinzon
Presidente de SOCOMEG

Dra. Nanlly Tatiana Veloza
Directora Científica de SOCOMEG

CAMEC
Consejo Colombiano de
Acreditacion y Recertificacion
Medica de Especialistas
y Profesionales Afines

-90b0-438d-9227-e6f15a0fee27

SOCOMEG

Sociedad Colombiana de Médicos Generales

Certifica que

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

Completo satisfactoriamente el curso de **Soporte Vital Basico - BLS**;
El cual otorga 40 créditos para el programa **PRECEMEG** ***(Programa de recertificación medica voluntaria de médicos generales)*** con una duración de 48 horas.

El presente se otorga a solicitud del interesado y es valido por 2 (dos) años a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **13 de septiembre de 2026**

Leonardo Sanchez Pinzon
Presidente de SOCOMEG

Dra. Nanlly Tatiana Veloza
Directora Científica de SOCOMEG

CAMEC
Consejo Colombiano de Acreditacion y Recertificacion Medica de Especialistas y Profesionales Afines

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:

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

CC 16478611

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. 12 de Septiembre de 2026

SBI-20268224890249

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

5-d065-4d80-b29f-d4717be96ba4

SOCOMEG

Sociedad Colombiana de Médicos Generales

Certifica que

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

Completo satisfactoriamente el curso de **Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos**;
El cual otorga 40 créditos para el programa **PRECEMEG** ***(Programa de recertificación medica voluntaria de médicos generales)*** con una duración de 40 horas.

El presente se otorga a solicitud del interesado y es valido por 2 (dos) años a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **12 de septiembre de 2026**

Leonardo Sanchez Pinzon
Presidente de SOCOMEG

Dra. Nanlly Tatiana Veloza
Directora Científica de SOCOMEG

CAMEC
Consejo Colombiano de Acreditacion y Recertificacion Medica de Especialistas y Profesionales Afines

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

C.C: 16.478.611

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

DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

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

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

Emitido el **12/09/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*

Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

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

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

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

Con Documento de Identidad No 16478611

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Medellín - 31 de Agosto de 2026 a 14 de Septiembre de 2026
Registrado en el Libro de Actas No 002026091443541
Codigo de seguridad bf244e13-0222-4567-808d-5ae4e4a5bfe9

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

-4713-4271-9a80-e305a05ba044

SOCOMEG
Sociedad Colombiana
de Médicos Generales

Hace constar que

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ
Con documento de identidad No.

Curso, aprobo y completo satisfactoriamente el curso de **Cuidados Paliativos**; con una duración de **40 horas.**

e se otorga a solicitud del interesado y es valido por **2 (dos) años** a partir de la fecha de expedición. Se firma de manera digital el día **12 de septiembre de 2026**

Leonardo Sanchez Pinzon
Presidente de SOCOMEG

Dra. Nanlly Tatiana Veloza
Directora Científica de SOCOMEG

CAMEC
Consejo Colombiano de
Acreditacion y Recertificacion
Medica de Especialistas
y Profesionales Afines

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA
FICHA BIOGRAFICA



Apellidos Jiménez López

Nombres Juan Carlos

C.c 16478611 Expedida en B/tua.

Grado académico Univ. Profesión Medicina. Especialización _____

Grupo sanguíneo A Factor RH + Estado Civil _____

Dirección Residencia Cra 19 # 36 N-38 Apto 14-07

Teléfono _____ Celular 3216428280

Correo Electrónico juancjimenez61@gmail.com

Fecha de Nacimiento 2/05/61 Lugar Neiva Depto. Huila.

Fecha de ingreso a la clínica _____ Tipo de vinculación Contratista.

Inicio contrato Día____ Mes____ Año____ Término contrato Día____ Mes____ Año____

E.P.S Sanitas Pensión Porvenir

¿Labora en otra entidad? No ¿cuál? _____ Horas____

Nro. Cuenta bancaria 166-17031-2945 Entidad Davivienda.

Nombre de los padres Oscar Y Susana.

Dirección de los padres Fallecidos Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre cónyuge Patricia Marino C.C Nro. 30315924 De Manizales

Hijo Nro.1 David Jimenez A. Fecha Nacimiento 15/03/1988

Hijo Nro.2 Daniel Jimenez A. Fecha Nacimiento 10/08/1992

FIRMA

Carrera 43 a N° 48 C sur - 45 Envigado
Teléfonos: 339 66 09-339 66 47
Meval.secsa-gutah@policia.gov.co
www.policia.gov.co

PROSPERIDAD PARA TODOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11994365

11994365

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría		Notaría	X	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	T	4	Z	

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 11 CALI * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

LOPEZ DE JIMENEZ SUSANA *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
CC No. 29102786 * * * * * * * * * * * * * * * *	FEMENINO * * * * * * * *

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI *

Fecha de la defunción												Hora	Número de certificado de defunción
Año	2	0	2	6	Mes	J	U	N	Día	0	8	01:40	26063320145448 * * * * *

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
* * * * * * * * * * * * * * * * * *	Año _____ Mes _____ Día _____

Documento presentado			Nombre y cargo del funcionario
Autorización Judicial		Certificado Médico X	HELEN JOHANA BOLIVAR LUGO - MEDICO * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ HERNANDEZ LUIS ANGEL *

Documento de identificación (Clase y número)	
CC No. 13990849 * * * * * * * * * * * * * *	

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

* * * * Documento de identificación (Clase y número) * * * * *	* * * * * * Firma * * * * * * *

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

* * * * Documento de identificación (Clase y número) * * * * *	* * * * * * Firma * * * * * * *

Fecha de inscripción									Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2	0	2	6	Mes	J	U	N	Día 1 0	DIEGO FERNANDO MUÑOZ ANTE

NOTARIA ONCE DE CALI

ESPACIO PARA NOTAS

- - SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO - -

Imprenta Nacional de Colombia 661107

IMPRENTA NACIONAL — BOGOTA

N. 17733428

"JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ"

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO PRINCIPAL DEL CIRCUITO DE NEIVA

C E R T I F I C A ;

Que en el folio 15 del libro de Registro Civil de "NACIMIENTOS" que se lleva en esta Notaría correspondiente al año de mil novecientos sesenta y uno (1.961) se encuentra la siguiente Acta que dice en la República de Colombia Departamento del Huila Municipio de Neiva a 24 dias del mes de Junio de mil novecientos sesenta y uno (1.961) se presentó el señor Oscar Jimenez mayor de edad de nacionalidad Colombiano natural de Santa Rosa de Cabal domiciliado en Neiva y declaró que el día dos (2) del mes de mayo de mil novecientos sesenta y uno (1.961) siendo las 8 y 40 de la mañana nacio en el Hospital San Miguel del Municipio de Neiva República de Colombia un niño de sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de "JUAN CARLOS" hijo legitimo del señor Oscar Jimenez de 29 años de edad natural de Santa Rosa de Cabal República de Colombia de profesion Industrial.-Y la señora Susana López de 21 años de edad natural de Santo Domingo República de Colombia de profesion hogar.-Siendo abuelos paternos Pedro Luis Jimenez y Julia Pannneso.-Y abuelos maternos Bernardo López y Sofía López.-Fueron testigos Reinel Rojas y Jaime Ramírez.-En fé de lo cual se firma la presente Acta.-El declarante (Fdo.)Oscar Jimenez con c.c.# 240-1756 de Cali.-El testigo (Fdo.)Jaime Ramírez con c.c.# 4870179 de Neiva.-El testigo (Fdo.)Reinel Rojas con c.c.# 1602642 de Neiva.-El notario (Fdo.) FELISA M DE CARVAJAL.-Hay sello.-

Dada en Neiva a los 20 dias del mes de Junio de mil novecientos sesenta y nueve (1.969)

EL NOTARIO SEGUNDO.-

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento:4 de septiembre de 2026, Hora: 4:00 p.m
Lugar de toma del consentimiento: Bello, Antioquia
Yo: JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ Identificado con cedula de ciudadanía número 16.478.611 de B/tura, Valle.

Mediante el presente documento legal autorizo para consultar los antecedentes en

Línea en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL habilitada

con el número de cedula, de acuerdo a la ley 1918 del 2019 donde se adiciona como inhabilidad " por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidad a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones".

FIRMA _____

NOMBRE JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

CEDULA 16.478.611

Bello, 04 de septiembre de 2026

Señores
Fondo Rotatorio
Policía Nacional
Ciudad

Yo __JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ_ identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 16.478.611 de B/tura, 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 2025

FIRMA 

NOMBRE _JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ_

CEDULA 16.478.611

Colombia Compra Eficiente

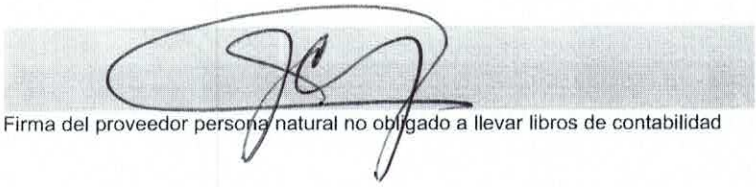
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ, 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 4 días del mes de septiembre de 2026.



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

Nombre: _Juan Carlos Jiménez López___

Documento de Identidad: _16.478.611_____

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 este 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, JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ Identificado con la cedula de ciudadanía No.16.478.611, con domicilio en Armenia, Quindìo, de la empresa_unipersonal , cargo Medico, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, 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 de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

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 y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- 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 y/o acuerdo y/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 y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL 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 confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial 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 confidencial 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 Y/O CONVENIO Y/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 confidencial, 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, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 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 y 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 Bello, Antioquia, a los cuatro (_4_) días del mes de septiembre del año 2026.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
Post-Firma:
Identificación 16.478.611
Empresa:
Cargo: Medico

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

CLINICA REGIONAL VALLE DE ABURRA
REGISTRO DE AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE
NIT.811032059-3

ANEXO Nº 1 al contrato de prestación de servicios profesionales

y/o técnicos Nº_____ de _____

Contratista.	Juan Carlos Jiménez López
Profesión.	Medico
Dependencia supervisora.	

Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 282 de la ley 100 de 1993, Articulo 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, estipulado en la clausula vigésima de contrato en mención , 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 vinculo laboral alguno con la DIRECCION DE SANIDAD.

E.P.S (Obligatoria)	Sanitas E.P.S
A.F.P. (Obligatoria)	Porvenir

De igual manera, atendiendo el Decreto 1295 de 1994, reglamento por el Decreto 2800 de 2003, manifiesto que SI__X__ NO____ deseo afiliarme a la administradora de riesgos profesionales con la cual se encuentran cubiertos los servidores públicos adscritos a la planta de personal:

A.R.P (Obligatoria)	

Por lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P. determinado por la superintendencia bancaria, anexando copia del presente documento y del contrato respectivo.
En consecuencia me comprometo como contratista independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes, en las proporciones de la Ley, en caso de incurrir en mora o aporte parcial autorizo desde ya a la POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD para que descuente de los honorarios que se me adeuden y sea girado a las entidades respectivas, el valor correspondiente.

Atentamente,

FECHA 3 (DIA) 09 (MES) 26 (AÑO)

FIRMA (Contratista) _____ 16.478.611 identificación _____ de Buga/Valle

Carrera 43 a No. 48 C sur-45 Envigado
Teléfonos: 339 66 09
Meval.secsa-gutah@policia.gov.co
www.policia.gov.co

PROSPERIDAD PARA TODOS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

AUTORIZACION.

YO JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito, autorizo a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia para que en cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 753 de 2019, "Por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 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" consulte en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL, si me encuentro inhabilitado por haber sido condenado por delitos sexuales contra menores.
Lo anterior en cumplimiento al parágrafo 2 del artículo 2 del citado decreto que indica:

ARTICULO 2. ***Entidades públicas y privadas obligadas a consultar el certificado de inhabilidades por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes****. El ICBF, en el marco de sus competencias constitucionales y legales y de acuerdo con la definición efectuada en el artículo anterior, sobre los cargos, oficios o profesiones que involucran una relación directa y habitual con niños, niñas y adolescentes, autoriza a las entidades públicas y privadas a consultar en línea el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra los mismos, en los procesos de selección de su personal, en aquellos empleos que se desarrollen en los ámbitos educativos, recreacionales, de cuidado, protección, asistencia, salud, nutrición, bienestar, cultura, religioso, seguridad, entre otros, en cuyo ejercicio impliquen un trato directo y habitual con menores de edad.*

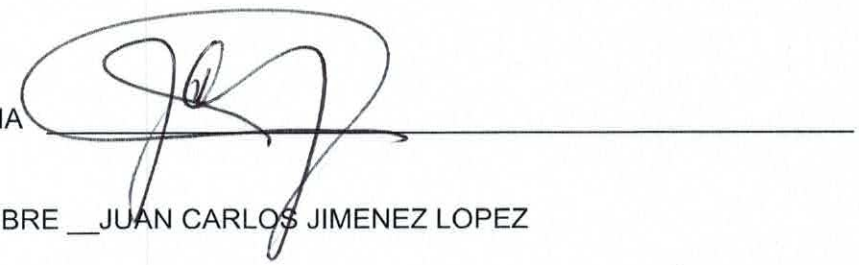
Parágrafo 2. *Será responsabilidad de las entidades públicas y privadas obligadas a consultar el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, obtener la autorización previa, expresa y escrita del aspirante al cargo, u oficio, la cual deberá reposar dentro de la documentación correspondiente al proceso de selección dirigido a su vinculación laboral, contractual o reglamentaria, según el caso.*

C.C 16.478.611 B/tura.

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396726
meval.secsa-asjur2@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Bello. 3 de septiembre de 2026

Yo: JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ, identificado con cedula de ciudadanía número 16.478.611 de Buenaventura, Valle, manifiesto bajo la gravedad del juramento que SI ____ NO __x__ me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para ejercer cargos empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública, conforme al artículo 8 de la Ley 80 de 1.993, Ley 734 de 2002, Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011. 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).



FIRMA _____

NOMBRE __JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ

CEDULA _ 16.478.611_

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO TALENTO HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN

REALIZADO POR TALENTO HUMANO

Yo JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado con Cedula de Ciudadanía 16.478.611 de B/tura durante el proceso de selección se me ha informado en el momento de la entrevista que el contrato que llegaría a firmar con la Unidad Prestadora de Salud Antioquia de la Policía Nacional es por Prestación de Servicios, donde debo cumplir con los siguientes requisitos:

1) Pagar salud, pensión y ARL como independiente, sobre el 40% del valor mensual de mis honorarios, sin que este valor sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Acepto: _X__ No Acepto: _____

2) Se me ha explicado los diferentes riesgos de afiliación a la ARL dependiendo de la Unidad Médica a Laborar.

Acepto: _X__ No Acepto: _____

3) Realizar el pago de pólizas contractuales las cuales son, de calidad y cumplimiento, responsabilidad civil y contractual (si aplica); las pólizas se pagan por el valor total del contrato ante cualquier aseguradora.

Acepto: __X___ No Acepto: _____

4) Me han dado a conocer que la unidad a laborar es Sanidad Policial Primario-Bello, con una intensidad horaria equivalente a 6 horas diarias, 33 horas semanales y 143 horas mensuales.

Acepto: __X___ No Acepto: _____

FIRMA _____

NOMBRE ___JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ__

CEDULA ____16.478.611_____

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Bello, 04 de septiembre de 2026

Señores

Unidad prestadora de salud de Antioquia

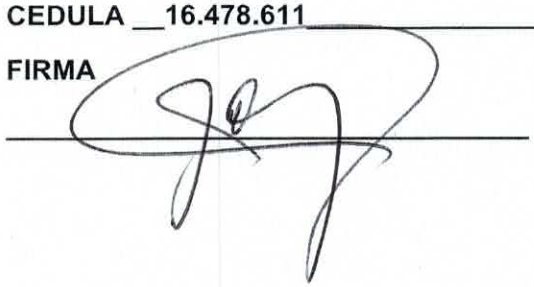
Yo JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ identificado con cedula de ciudadanía N°_16.478.611 De Buenaventura, Valle me comprometo a realizar el curso de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas en situación de discapacidad según la información proporcionada por el SENA.

Atentamente

NOMBRE _____JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ___

CEDULA __16.478.611_____

FIRMA



Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

Secretaría General
Admisiones y Registro Académico

Código de Verificación: **CSO551347311380**

EL DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO

Certifica que JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ, identificado(a) con documento de identidad CC 16478611, obtuvo el título de MÉDICO Y CIRUJANO el 16 de julio de 1987, de acuerdo al Acta de grado No. 1217, Libro No. 7, Folio No. 92 y recibió el diploma número 3568 que le acredita como tal.

Bogotá D.C., 18 de septiembre de 2026 a las 15:09:40.



JOSÉ FERNANDO MURILLO ZULUAGA

El presente certificado ha sido generado y firmado de forma electrónica, cuenta con el aval del Director de Admisiones y Registro Académico de la Pontificia Universidad Javeriana y tiene la misma validez que los certificados emitidos directamente por la Universidad.

Para efectos de admisibilidad y fuerza probatoria según lo dispuesto en la ley 527 de 1999, el interesado puede probar la validez del mismo a través de la página web de la Universidad en la siguiente ruta *Servicios* > *Verificación de Certificados Digitales*, usando el código de verificación ubicado en la parte superior derecha del mismo.

La coincidencia entre la información desplegada en pantalla y la contenida en el certificado impreso, confirma la autenticidad del certificado emitido.

La información de grados que otorgan títulos a los estudiantes de programas ofrecidos por la Universidad, son considerados públicos, y por lo tanto se encuentran dentro del marco excepcional del artículo 10° de la Ley 1581 de 2012 (Ley estatutaria y general de Protección de Datos). Es por esto que la Pontificia Universidad Javeriana al cumplir y prestar un servicio público, por delegación del Ministerio de Educación Nacional y obrando en nombre de la República de Colombia, tiene la libre facultad de suministrar los datos de contenido público a quien tenga un interés por conocerlos. Para todos los efectos, serán de aplicación las normas vigentes sobre Habeas Data ?Datos Personales, en especial las consagradas en el Art. 15 de la Constitución Política Nacional, la Ley estatutaria No 1266 de 2008; los Decretos Reglamentarios Decreto 1727 de 2009 y Decreto 2952 de 2010; la Ley Estatutaria No 1581 de 2012, y su Decreto reglamentario 1377 de 2013; y demás normas aplicables; y será de entera responsabilidad de los usuarios del sistema implementado, el manejo, uso, destinación y almacenamiento. El acceso y consulta de los datos personales contenidos en la base de datos proporcionados, quedara de igual forma supeditado, y se deberá dar cumplimiento por parte de los usuarios, a lo previsto y dispuesto en las directrices sobre manejo de datos personales expedida por la Pontifica Universidad Javeriana, la cual puede ser consultada en http://www.javeriana.edu.co/documentos/tratamiento_datos_personales.pdf

porvenir

547

46
42080141156620000

BOGOTA, 30 de septiembre de 2020

Señor(a)
JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ
juancjimenez61@gmail.com
46 1/6

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: VEJEZ
CC: 16.478.611
Afiliado: JUAN CARLOS JIMENEZ LOPEZ
T.N. N.A
COR - BEN

Porvenir le da un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**.

A continuación, detallamos la información que usted debe conocer y los pasos a seguir:

1. **¿Cuál es el valor de la mesada?**

   Para el año 2020 el valor mensual de pensión que usted recibirá será de: $1.345.000.oo.

2. **¿La mesada tiene algún descuento?**

   Si, se aplica un descuento para el pago de salud[1], que en su caso corresponde a la suma de $134.500,oo. El valor neto que recibirá mensualmente será de $1.210.500,oo.

   Este descuento le permite acceder a los servicios en la Entidad Promotora de Salud (EPS) y se debe aplicar independientemente si usted ya es cotizante a salud como empleado o como beneficiario de algún cotizante, dado que el aporte a salud se hace por la totalidad de los ingresos que usted recibe.

3. **¿Qué variables se tienen en cuenta para calcular la mesada?**

- El saldo de la cuenta de ahorro individual
- Su fecha de nacimiento
- La fecha de nacimiento de los beneficiarios que tengan derecho a la sustitución de su pensión, de acuerdo con la composición de su actual núcleo familiar
- Con esra información se proyecta su esperanza de vida y la de sus beneficiarios con base en la tabla establecida por la Superintendencia Financiera, elaborada a partir de datos estadisticos oficiales.
- Recuerde que cualquier cambio en su grupo familiar debe informarlo oportunamente a través de nuestras oficinas, anexando los documentos que certifiquen dicho cambio (registro civil de matrimonio, registro civil de nacimiento, declaración juramentada de unión marital de hecho o disolución de la misma)
- La rentabilidad proyectada para su cuenta de ahorro individual establecida por la Superintendencia

1 Ley 2010 de 2019. Para mesadas de 1 smmlv el descuento de eps será de 8%, para mesadas mayores a 1smmlv y hasta 2 smmlv el descuento de EPS será de 10% y para mesadas superiores a 2 smmlv el descuento será del 12%.

Financiera.

4. ¿Qué pagos va a recibir a partir de este momento?

- A partir del siguiente mes recibirá mensualmente su pensión, pago que se realizará máximo el día 10 de cada mes al medio de pago reportado en la solicitud de beneficio pensional. Este valor se ajustará anualmente de acuerdo con la rentabilidad que haya generado su cuenta de ahorro individual de acuerdo con la normatividad vigente[2].

- En el mes de noviembre de cada año recibirá la mesada adicional (mesada 13).

5. ¿Quiénes son los eventuales beneficiarios de una sustitución pensional?

Las personas tenidas en cuenta para la aprobación de la pensión, relacionadas por usted en la solicitud de su beneficio pensional y que al momento de realizar la solicitud de sustitución de pensión acrediten el cumplimiento requisitos legales[3].

Próximos pasos a realizar

1. Cuenta bancaria para realizar el pago de la mesada:

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas.

Ahora bien en caso de no contar con este medio de pago le invitamos a que realice la apertura de una **cuenta bancaria pensional**, a continuación le informamos algunos de sus beneficios:

- No tiene cuota de manejo, ni costo por apertura.
- No es necesario tener un saldo mínimo en la cuenta.
- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.
- Además, puede hacer retiros en otras redes y disfrutar de servicios alternos al manejo de la cuenta

Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá, BBVA o Bancolombia, donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con NIT 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina Porvenir más cercana.

2. Afiliación a la EPS:

Si usted se encuentra afiliado(a) a una EPS, o al Sisben o es Beneficiario en salud deberá:

2. Artículo 81 de la Ley 100 de 1993 : "... Se calcula cada año una anualidad en unidades de valor constante, igual al resultado de dividir el saldo de su cuenta de ahorro y bono pensional, por el capital necesario para financiar una unidad de renta vitalicia para el afiliado y sus beneficiarios. La pensión mensual corresponderá a la doceava parte de dicha anualidad. El saldo de la cuenta de ahorro pensional, mientras el afiliado disfruta de una pensión por retiro programado, no podrá ser inferior al capital requerido para financiar al afiliado y sus beneficiarios una renta vitalicia de un salario mínimo legal mensual vigente ..."
3. Artículo 74 Ley 100 de 1993, modificado Art. 13 Ley 797 de 2003

- Dirigirse a su EPS y actualizar su afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de su mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808** y adjuntando copia de esta comunicación.

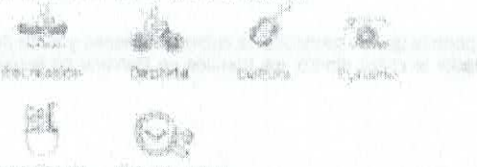
- Entregar la copia de la actualización de la afiliación en la Oficina Porvenir más cercana.

La actualización o afiliación a la EPS deberá realizarla los primeros cinco (5) días hábiles del próximo mes, solicitando al Asesor de la EPS que la vigencia sea a partir del mes siguiente al ingreso de la nómina como pensionado.

Recuerde que si en un futuro, decide trasladarse de EPS, debe informarnos su traslado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana, anexando la constancia de aceptación y aprobación de traslado por parte de la EPS; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

3. Caja de Compensación Familiar (CCF):

Como pensionado tiene la posibilidad de afiliarse[4] a las cajas de compensación y acceder a los servicios que ofrecen, deberá tener en cuenta los siguientes requisitos:

Sin tener que realizar aporte mensual 0% ✓ Si su mesada pensional es inferior a 1 5 smmlv ✓ Haber acreditado 25 años o más en el Sistema General de Cajas de Compensación Familiar	Puedes acceder a los servicios básicos 
Realizando un aporte voluntario de manera mensual del 0.6% ✓ Si su mesada pensional es inferior a 1 5 smmlv ✓ Si su mesada pensional es superior a 1 5 smmlv puede realizar el aporte del 0 6% de forma voluntaria	Puedes acceder a los servicios básicos 
Realizando un aporte voluntario de manera mensual del 2% ✓ Si su mesada pensional es inferior a 1 5 smmlv ✓ Si su mesada pensional es superior a 1 5 smmlv puede realizar el aporte del 2% de forma voluntaria	Puedes acceder a los servicios básicos 

4. Artículo 7 ( ) artículo 97 de la ley 21 de 1982, modificado por el artículo 139 del decreto ley 019 de 2012, establece que es obligación de las Cajas de Compensación Familiar afiliar a todo empleador, trabajador independiente y pensionado que lo solicite.
La afiliación de los pensionados en las Cajas de Compensación Familiar está regulada en el artículo 6 de la Ley 71 de 1988, modificado por la ley 1643 de 2013 y reglamentado por el Decreto 867 de 2014, compilado en la sección 2 del Capítulo 3 del Título 7 del Decreto Único Reglamentario de Sector Trabajo (DURTS) 1072 de 2015.

Para afiliarse, acérquese a la Caja de Compensación Familiar de su elección:

- Si desea aportar el 0% adjunte un certificado de semanas cotizadas de la Caja de Compensación donde estuvo afiliado, copia del documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de pago de la última mesada.
- Si deseas aportar el 0,6% o 2%, adjunte copia de su documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de la última mesada.

¿Qué beneficios tengo por ser Pensionado de Porvenir?

- Periódicamente lo mantendremos actualizado con toda la información que debe conocer como pensionado a través del Boletín al Pensionado.
- Hacer uso de nuestros canales digitales y de autoservicio, lo invitamos a conocer la página de internet www.porvenir.com.co sección pensionados.
- El próximo mes enviaremos la oferta de valor para nuestros nuevos pensionados, con todos los servicios y beneficios de ser pensionado de Porvenir.
- Nuestros canales de servicio estarán a su disposición como la Línea exclusiva de Servicio al Pensionado en Bogotá 3906881 o a nivel nacional sin costo 018000517170, nuestras oficinas a nivel nacional o ingresando a la página web www.porvenir.com.co

Nuestro propósito es estar siempre a su lado, por eso trabajamos día a día de forma incansable para construir un mejor porvenir para todos. [5] [6] [7]

Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado[8]

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección Pensionados y Pagos
LRR/C.S.
C.C. EXP. VA 278332
FTC-H0176

5 No permita que un tramitador le cobre comisiones y parte de su mesada o devolución de saldos en vano, pues en Porvenir No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit 800.144.331-3
Grupo AVAL