

El servicio público
es de todosFunción
Pública

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNADEZ			SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MELO			NOMBRES JUAN CAMILO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. PAS No. 1019044720				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR								
PRIMERA CLASE			SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>			NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 18 MES 04 AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO MUNICIPIO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 56b #127c-20 casa 11 niza 8 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C MUNICIPIO TELÉFONO 3193649533 EMAIL juankamilo0418@gmail.com				

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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: Bachiller Académico		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10.	X	MES 12	AÑO 2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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	
UN	12	X		MEDICINA	01	2020	1019044720

ESPECIFIQUE 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
Español			X			X			X
Inglés			X			X			X

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD Medika IPS			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 08 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 10 AÑO 2020		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Medico general de consulta externa	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE ENFERMERÍA CLÍNICA SOLEEC S.A.S.			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@soleecenfermeria.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 06 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020		
CARGO O CONTRATO MÉDICO DOMICILIARIO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOMESALUD		X	Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD homesalud@homesalud.com	
TELÉFONOS 6350935	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 06 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 08 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO MÉDICO GENERAL DOMICILIARIO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Calle 89 N21-30	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E centro de salud de Fosca	X		Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO FOSCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ese_centrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO COORDINADOR MÉDICO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Fosca, Cundinamarca	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Artes Colombia S.A.S		X	Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 06 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO médico encargado de la prevención de riesgos	DEPENDENCIA prevención de riesgos laborales	DIRECCIÓN	

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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. PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Bogotá 19/02/2021

[Firma manuscrita]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.019.044.720**

HERNANDEZ MELO

APELLIDOS
JUAN CAMILO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

24-ABR-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPECIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1500150-01077734-M-1019044720-20190627 0065610908A 1 9908787676



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NUMERO 1019044720

APELLIDOS Y NOMBRES

HERNANDEZ MELO

JUAN CAMILO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LINEA 31 - DIC 2020	2ª LINEA 31 - DIC 2030	3ª LINEA 31 - DIC 2040
------------------------------	------------------------------	------------------------------

PROFESION

EMPLEADO

FECHA DE EXP.: 27-OCT-2009

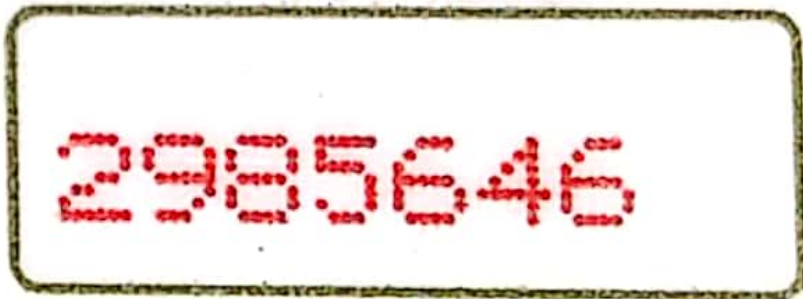


[Handwritten Signature]
CDTE DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad publico.
 - Ingresar a la carrera administrativa .
 - Tomar posesion de cargos publicos .
 - Obtener grado de profesional en cualquier docente de educacion superior .
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilizacion, debe efectuar presentacion inmediata en la unidad militar mas cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO DE LA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
RECONOCIMIENTO COMO UNIVERSIDAD: DECRETO 1297 DEL 30 DE MAYO DE 1964
RECONOCIMIENTO PERSONERÍA JURÍDICA: RESOLUCIÓN No. 28 DEL 23 DE FEBRERO DE
1949 MINJUSTICIA
NIT 860.007.386-1

Expide copia de lo pertinente de la siguiente Acta de Grado:

Acta de Grado No. 178 Libro 17 -Folio 43 del 23 de enero de 2020

En Bogotá, a 23 de enero de 2020, se reunieron en el Auditorio Mario Laserna, el doctor ALEJANDRO GAVIRIA URIBE, Rector de la Universidad; la doctora NATALIA MEJIA GAVIRIA, Decana de la Facultad de Medicina; la doctora MARIA TERESA TOBON RUBIO, Secretaria General; la doctora CLAUDIA MARGARITA MEZA BOTERO, Directora de Admisiones y Registro y la doctora JUANA MARGARITA LOPERA DONCEL, Jefe de Registro; con el objeto de hacer entrega de los diplomas a los graduandos que cumplieron con los requisitos reglamentarios exigidos por la Universidad para obtener el título correspondiente.

"(...)***MEDICOS***

REGISTRADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE LA EDUCACION SUPERIOR - SNIES –
BAJO EL CODIGO 20044

80314. Juan Camilo Hernández Melo C. C. 1.019.044.720 (...).

FIRMADA

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE - Rector

MARIA TERESA TOBON RUBIO - Secretaria General (...)"



CLAUDIA MARGARITA MEZA BOTERO
Directora
Oficina de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

BOGOTÁ D.C.
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Consejo Superior y el Rector de la Universidad de los Andes
con las debidas autorizaciones legales y teniendo en cuenta que

Juan Camilo Hernández Melo

C. C. 1.019.044.720

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorgan, con
los derechos y obligaciones correspondientes, el diploma de

Médico


El Presidente del Consejo Superior


El Rector


El Decano de la Facultad


La Secretaria General



La salud
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO

C.C. 1019044720



MEDICO

Universidad de los Andes

Bogotá D.C.

Grado: 23/01/2020

Rethus: 29/01/2020





Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.
Info@colegiomedicocolombiano.org

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes, positioned above a horizontal line.

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Bogotá, Cundinamarca, 22 de febrero de 2021

Señor Teniente Coronel
GUILLERMO ENRIQUE FERNANDEZ DE LA BARRERA
Gerente del Proyecto
Subdirector de Reclutamiento FAC

Asunto: Ofrecimiento de los Servicios Profesionales de un (01) Médico General, para los procesos de reclutamiento de los futuros soldados que prestaran su servicio militar obligatorio en la Fuerza Aérea Colombiana a través de la Dirección de Reclutamiento y Control de Reservas y sus 10 Distritos Militares a nivel nacional.

Yo, **JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.019.044.720 de Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá, **BACHILLER ACADÉMICO**, con formación pedagógica del colegio **GIMNASIO LOS ANDES** y **MEDICA** de la **UNIVERSIDAD DE LOS ANDES DE COLOMBIA**, con experiencia laboral de 1 año, como **MEDICO GENERAL** y con conocimientos en Áreas Clínicas y Administrativas; se desempeñarme con toda seguridad en el campo relacionado.

Manifiesto que soy una persona seria, con deseos de superación, con excelentes cualidades morales, personales, humanas, virtudes demostradas en cada uno de mis actos, además del alto sentido de responsabilidad, dedicación y pertenencia.

Me dirijo a usted para ofrecerle mis servicios como **MEDICA**, con unos honorarios mensuales por valor de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS ML/CTE (\$4.296.480)**, para desempeñarme en este cargo que la Dirección de Reclutamiento y Control Reservas FAC lo considere

Atentamente,



JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO
CC. No 1.019.044.720 de Bogotá
Celular: 3193649533



16.07.2020

Juan Camilo Hernández

completó con éxito

Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático en atención primaria

un curso en línea sin crédito autorizado por Universidad de los Andes y ofrecido a través de Coursera

A handwritten signature in black ink on a light blue background, reading "Jairo Ricardo Moyano".

Jairo Ricardo Moyano
Profesor clínico
Facultad de Medicina

COURSE CERTIFICATE



Verificalo en coursera.org/verify/KKYFADA9XNZL

Coursera confirmó la identidad de esta persona y su participación en el curso.



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO.

C.C. 1,019,044,720

ASISTIO AL CURSO TALLER:

“SOPORTE VITAL AVANZADO “SVA-ACLS”

“REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 13 DE JUNIO DEL 2020

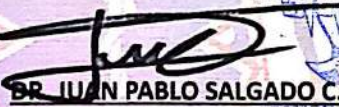
DURACIÓN 48 HORAS

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020

SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO,
MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.



DR. JUAN PABLO SALGADO C.

NEUROCIRUJANO RM No. 20511705
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION ACLS-SVA JUNIO 2022


KAREN ZOBO NARVAEZ.

COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
CEL 310 745 17 59


DRA. ANA CATALINA HERRERA D.

COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE



**ORGULLOSAMENTE
COLOMBIANO**

 grupocolombianoemergencias@gmail.com  Grupo Colombiano de Emergencias  @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

LÍNEA GRATIS NACIONAL 018000942270

LÍNEA NACIONAL 3107451759



Nit. 900386743-5

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO.

C.C. 1,019,044,720

ASISTIO AL CURSO TALLER:

“SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)”

“REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 12 DE JUNIO DEL 2020
DURACIÓN 20 HORAS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.

NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION SVB -BLS JUNIO 2022

KAREN LOBO NARVAEZ.

DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.

COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE



grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO.
C.C. 1,019,044,720

Por su participación como asistente de los cursos de:
**“SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO “BLS-ACLS”
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
BASICA Y AVANZADA “48 HORAS”**

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca).
El día 13 de Junio de 2020.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).

Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con Evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial (5T y 5H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y Software.

Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud.

LICENCIA No 4461 de 29/04/2019.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.

Director Científico
NEUROCIRUJANO

REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE



DIRECCION DE ENTRENAMIENTO
PARA EMERGENCIAS
CEL. 310 745 17 59

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Cra 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3201207
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 310 745 1759 - 018000-942270

“Lo bueno del grupo es estar en el”

grupocolombianodeemergencias
 @grupocolombiano
www.gce.life





The Interstate Postgraduate Medical Association (IPMA) certifies that the individual has participated in the enduring activity COVID-19: What You Need to Know on the date below and is awarded 2.0 AMA PRA Category 1 Credit(s) TM.

07/16/2020

Juan Camilo Hernández

has successfully completed

COVID-19: What You Need to Know (CME Eligible)

an online non-credit course authorized by Osmosis and offered through Coursera

COURSE CERTIFICATE



Rishi Desai, MD, MPH
Chief Medical Officer, Osmosis
Infectious Disease Physician

Mary Ales
Executive Director
IPMA

Verify at coursera.org/verify/9BWFFN9KNA8B

Coursera has confirmed the identity of this individual and their participation in the course.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



POLITECNICO DE
SURAMERICA

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 CAMILO HERNANDEZ MELO

Con Documento de Identidad No 1019044720

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
MEDELLÍN – ABRIL – 19 DE 2020

Registrado en el Libro de Actas No 0020200419

CÓDIGO DE SEGURIDAD 200419S

POLITECNICO DE
SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS
Rector

ESTEFANNY PORRAS
Secretaria Académica

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@politecnicodesuramerica.com, indicando el Nro de actas con el cual se registra el mismo



Resultado General -2021-02-08→3:24:09 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1019044720	JUAN	CAMILO	HERNANDEZ	MELO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 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 CAMILO HERNANDEZ MELO identificado(a) con CC 1019044720 registra La siguiente información:

2021-02-08→3:24:09 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2020-01-29	60782	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA BOGOTÁ, D.C. BOGOTÁ, D.C.	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	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).

G-GHCR-204-21

LA DIRECCION DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que el señor **JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO** identificado con Cédula de Ciudadanía No **1.019.044.720** de **Bogotá**, sostuvo un contrato civil por prestación de servicios profesionales de carácter independiente como **MEDICO GENERAL DOMICILIARIO**, desde el 16 de Junio de 2020 hasta el día 17 de agosto de 2020.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 12 días del mes de Enero de 2021.



YANETH SANCHEZ VARGAS
DIRECTORA GESTION HUMANA
HOME SALUD SAS
NIT 830.063.394-8

**SOLUCIONES EN ENFERMERIA CLINICA
SOLEEC S.A.S**

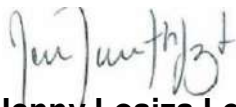
NIT. No 900.171.388-1

CERTIFICA QUE:

El señor **Juan Camilo Hernandez Melo**, identificado con Cedula de ciudadanía **No 1.019.044.720** prestó sus Servicios Profesionales como médico de atención domiciliaria con un contrato por prestación de servicios desde el 24/06/2020 al 31/12/2020.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Febrero de 2021

Cordialmente,



Jenny Loaiza Leiva
Representante Legal
Soluciones en enfermería clínica SAS
Tel: 5235883 ext. 102



Bogotá D.C

15/02/2021

Señores:


A quien corresponda

Asunto:

Certificación laboral

Por medio del presente documento se certifica que el señor **JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO** identificado con la cedula de ciudadanía número **1.019.044.720** de **Bogotá**, sostuvo un contrato civil por prestación de servicios profesionales de carácter independiente como **MEDICO GENERAL**, desde el 01 de febrero de 2020 hasta el 01 de junio de 2020.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 15 días del mes de febrero del 2021.


ISABEL CRISTINA MELO RODRIGUEZ
GERENTE GENERAL
AROTEC COLOMBIANA S.A.S.
NIT: 860071635-0


(031) 6331297
(031) 6317827


www.arotec.com.co
info@arotec.com.co


Carrera 11A # 134 A - 36
Bogotá, Colombia.

Bogotá, Colombia.



C.A-004 -02 2021

Bogotá, Febrero 12 de 2021

CERTIFICACION SUMINISTRO DE SERVICIOS

Que el doctor **JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.019.044.720 , presto sus Servicios Profesionales como Médico General en **MEDIKA IPS** NIT.900.058.443-4 UAP USAQUEN, desde el 24 de agosto al 30 de Octubre de 2020 , mediante Contrato de Prestación de Servicios.

Se expide a solicitud del interesado, Bogotá, a los doce (12) días del mes de febrero de 2021.

Atentamente,



LUIS FERNANDO LOZANO HERNANDEZ

Coordinación administrativa

Medika IPS

Nit: 900.058.443-4

A QUIEN LE INTERESE

Ref. CERTIFICACIÓN DE BUEN DESEMPEÑO.

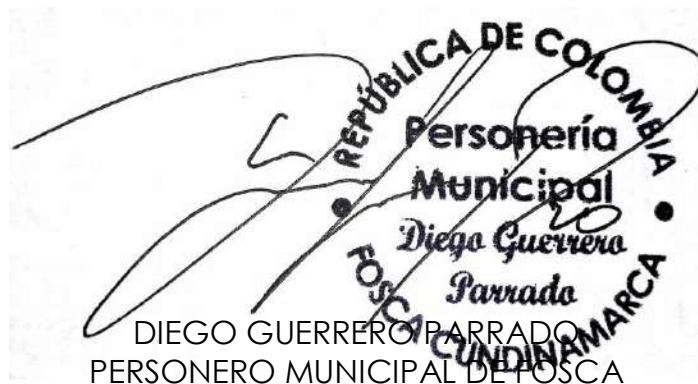
Por medio de la presente el suscrito Personero Municipal de FOSCA – CUNDINAMARCA en calidad de Primera autoridad Disciplinaria del Municipio y en ejercicio de la función de vigilancia de quienes cumplen funciones públicas, certifica que el señor JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO identificado con cedula 1019044720 expedida en Bogotá D.C. Médico de Profesión, es una persona íntegra y quien ha desempeñado de la mejor manera su función, en la institución E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA.

- **Se desempeñó como médico de la Entidad municipal desde el día primero (01) de abril de 2020 hasta el treinta (30) de junio de 2020.**

En el ámbito legal no se ha conocido de queja alguna en su actuar, La Personería Municipal de Fosca certifica que una vez consultado los archivos de la entidad que el señor HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO no cuenta con sanciones ni investigaciones en su contra.

En caso de inquietud, comunicarse al Cel.3228472186 - 3223668492.

Atentamente,



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Personería
Municipal
Diego Guerrero
Parrada
DIEGO GUERRERO PARRADO
PERSONERO MUNICIPAL DE FOSCA
CUNDINAMARCA

"Autónoma, diversa y comprometida con la garantía de sus Derechos Humanos, el orden social y la custodia de lo público."

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO identificado(a) con cedula ciudadanía 1.019.044.720, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200617	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Julio de 2.020

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
13825824

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1019044720**, se encuentra afiliado/a desde **14/07/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de julio de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2020-08	2020-08	1		45222972	\$672.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	271.500	0		0		0	0	0	0	271.500	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	347.600	0	0	0	0	0	0		347.600	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	53.000				53.000	0	0	53.000			530	53.000	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	271.500	271.500
Pensión	1	347.600	347.600
Riesgos Laborales	1	53.000	53.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	672.100	672.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I		45222972	\$672.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Subjugo	Estranjero	Colim. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VBT	SUN	ISE	MA	MA	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019044720	HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO	57	0			N																	25-14	2.172.000	347.600	0	0	0	0	EPS008	2.172.000	271.500	14-23	2.172.000	3	53.000		0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47698544	\$277.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0	0	140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.300	0	0	5.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	277.000	277.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2020-12	2020-12	\$277.000				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019044720	HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO	57	0			N																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-23	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	5.300	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2021-01	2021-01	\$351.700				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	139.400	0		0		0	0	0	0	139.400	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	178.400	0	0	0	0	0	0	0	178.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	27.200				27.200	0	0	27.200			272	27.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	6.700	0	0	6.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	139.400	139.400
Pensión	1	178.400	178.400
Riesgos Laborales	1	27.200	27.200
CCF	1	6.700	6.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	351.700	351.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2021-01	2021-01	\$351.700				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Costante	Subjeto	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VBT	SEN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019044720	HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO	57	0			N																	25-14	1.114.980	178.400	0	0	0	0	EPS008	1.114.980	139.400	14-23	1.114.980	3	27.200	CCF24	1.114.980	6.700	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	09/12/2020	47208977	\$309.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	122.500	0		0		0	0	0	0	122.500	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	156.800	0	0	0	0	0	0	0	156.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	23.900				23.900	0	0	23.900			239	23.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.900	0	0	5.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	122.500	122.500
Pensión	1	156.800	156.800
Riesgos Laborales	1	23.900	23.900
CCF	1	5.900	5.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	309.100	309.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11					\$309.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019044720	HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO	57	0			N																	25-14	980.000	156.800	0	0	0	0	EPS008	980.000	122.500	14-23	980.000	3	23.900	CCF24	980.000	5.900	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	03/11/2020	46353650	\$866.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	343.400	0		0		0	0	0	0	343.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	439.500	0	0	0	0	0	0	0	439.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	67.000				67.000	0	0	67.000			670	67.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	16.500	0	0	16.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	343.400	343.400
Pensión	1	439.500	439.500
Riesgos Laborales	1	67.000	67.000
CCF	1	16.500	16.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	866.400	866.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2020-10	2020-10	\$866.400				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019044720	HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO	57	0			N																	25-14	2.746.466	439.500	0	0	0	0	EPS008	2.746.466	343.400	14-23	2.746.466	3	67.000	CCF24	2.746.466	16.500	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	05/10/2020	45790758	\$736.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	291.800	0		0		0	0	0	0	291.800	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	373.500	0	0	0	0	0	0	0	373.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	56.900				56.900	0	0	56.900			569	56.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	0	0	14.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	291.800	291.800
Pensión	1	373.500	373.500
Riesgos Laborales	1	56.900	56.900
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	736.300	736.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019044720	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO		carrera 56b #127c 20	3193649533	juankamilo0418@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09					\$736.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TPP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019044720	HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO	57	0		N																	25-14	2.334.300	373.500	0	0	0	0	EPS008	2.334.300	291.800	14-23	2.334.300	3	56.900	CCF24	2.334.300	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria:	Caja Colombiana De Subsidio Familiar Colsubsidio	Actividad económica:	Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente por alimentos, bebidas o tabaco
Nombre:	JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO	Documento:	CC 1019044720
Fecha de nacimiento:	1990-04-18	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	30 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	CR 56 B N 127 20	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3193644533	Escolaridad:	Universitario completo
Ocupación:	MEDICO GENERAL	EPS:	Compensar
Responsable**:	ISABEL MELO (MADRE)	Teléfono:	3008530459
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Triple viral (MMR) - Dosis 1 - Ultima dosis: 2004/02/21
2. Vacuna:Hepatitis A - Dosis 1 - Ultima dosis: 2018/01/12
3. Vacuna:Hepatitis B - Dosis 1 - Ultima dosis: 2018/01/12
4. Vacuna:Influenza - Dosis 1 - Ultima dosis: 2007/10/7
5. Vacuna:Influenza - Dosis 2 - Ultima dosis: 2018/01/12

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Audiometría: NO REALIZADA.
Espirometría computarizada:NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO con documento de identificación No. 1019044720 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MEDICO GENERAL del sector económico Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente por alimentos, bebidas o tabaco

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud el plan de manejo de su patología gastrointestinal de origen común.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyo una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020 y la Circular 30 de 2020, en su numeral 4."

Se recibe encuesta de síntomas respiratorios negativa para covid-19 firmada y diligenciada por el usuario.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que le permitan en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social'.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No saludar de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.



CAROLINA PUENTES PAZ
Médica
Fundación Universitaria San Martín
Res.18000502 de 2013
Esp.en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
U.Manuela Beltrán
Res.25-1333 de 2017



JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO
Documento: 1019044720



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiéndose que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 19 A #76 - 34 Detrás de la estación de servicio Texaco. Bogotá - Colombia PBX: 747 02 80
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por: gina.rubiano
Fecha: 2021-01-29 Hora: 14:09

Formato Compromiso anticorrupción

Bogotá, 22 de febrero de 2021

Señores

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA - BASE AEREA COFAC

Proceso de Contratación: Prestación de Servicios profesionales de un (01) Comité Medico conformado por 03) médicos generales, (03) odontólogos generales y (03) Psicólogos, para los procesos de reclutamiento de los futuros soldados que prestarán su servicio militar obligatorio en la Fuerza Aérea Colombiana a través de la Dirección de Reclutamiento y Control de Reservas y sus 10 Distritos Militares a nivel nacional.

Yo, JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO identificado(a) como aparece al pie de mi firma, **obrando en mi propio nombre** manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de El Ministerio de Defensa – Fuerza Aérea Colombiana. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de mi capacidad jurídica para celebrar el contrato para el servicio de apoyo a la Gestión de un (01) Medico General, para los procesos de reclutamiento de los futuros soldados que prestarán su servicio militar obligatorio en la Fuerza Aérea Colombiana a través de la Dirección de Reclutamiento y Control de Reservas y sus 10 Distritos Militares a nivel nacional.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación para el servicio de apoyo a la Gestión de un (01) Medico General, para los procesos de reclutamiento de los futuros soldados que prestarán su servicio militar obligatorio en la Fuerza Aérea Colombiana a través de la Dirección de Reclutamiento y Control de Reservas y sus 10 Distritos Militares a nivel nacional.
5. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación para el servicio de apoyo a la Gestión de un (01) Medico General, para los procesos de reclutamiento de los futuros soldados que prestarán su servicio militar obligatorio en la Fuerza Aérea Colombiana a través de la Dirección de Reclutamiento y Control de Reservas y sus 10 Distritos Militares a nivel nacional.
6. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los veinte dos **(22)** días del mes **de Febrero** de **2021**.



Juan Camilo Hernández Melo
C.C. 1019044720 de Bogotá

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA Para efectos de lo establecido en el artículo 56 de la Ley 437 de 2011 que trata sobre notificación electrónica, manifiesto expresamente que acepto que los actos que se produzcan con ocasión del presente proceso de contratación me sean notificados a través de la plataforma del SECOP II y/o correo electrónico juankamilo0418@gmail.com



Firma:

Nombre: Juan Camilo Hernández Melo

Documento de identificación: 1019044720 de Bogotá

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

Yo, JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1019044720 expedida en Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición para presentar oferta o contratar, así como ninguna otra limitación de mi capacidad jurídica para presentar oferta y contratar.



Firma: _____

Nombre: JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO

Documento de identificación: 1019044720 de BOGOTÁ

Show User

Document type: CEDULA DE CIUDADANIA
 Document number: 1019044720
 First name: JUAN
 Middle name: CAMILO
 Surname: HERNANDEZ
 Last surname: MELO
 Email: juankamilo0418@gmail.com

[Edit](#) [Change password](#)

If you have any questions or problems, write to us at: sopORTEconflictointeres@funcionpublica.gov.co.
 Publicación y divulgación proactiva de la declaración de bienes y rentas, del registro de conflictos de interés y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios
 1.0.3

[Register new User information](#)

User information List

Actions	Entity	Position	Contractor	Publication of information	Publication date
	FUERZAAREA COLOMBIANA		True	INGRESO	2021-02-12 11:09

If you have any questions or problems, write to us at: sopORTEconflictointeres@funcionpublica.gov.co.
 Publicación y divulgación proactiva de la declaración de bienes y rentas, del registro de conflictos de interés y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios
 1.0.3

SHOW FORM

USER INFORMATION

Person type: NATURAL
 Position:
 Contractor: True
 Publication of information: INGRESO

Natural person information

First name	JUAN
Middle name	CAMILO
Surname	HERNANDEZ
Last surname	MELO
Document type	CEDULA DE CIUDADANIA
Document	1019044720
Country of birth	Colombia
Birth state	Bogotá D.C
City of birth	BOGOTÁ
Country of domicile	Colombia
Home state	Bogotá D.C
City of domicile	BOGOTÁ

1. SWORN DECLARATION OF ASSETS AND INCOME

I declare, in compliance with the provisions of Article 122, Section 3, of the [Political Constitution of Colombia](#), and in what is enshrined in [Law 2013 of 2019](#), that the only assets and income that I own to date, personally or through interposed person, they are the ones I list below.

1.1. OF INCOME, ASSETS AND CREDITS

The income and rents that I obtained in the **last** taxable year were:

Year	2020
Wages and other labor income	COP36,000,000.00
Unemployment and severance interest	COP0.00
Representation expenses	COP0.00
Leases	COP0.00
Fees	COP0.00
Other income	COP0.00
Total	COP36,000,000.00

The bank accounts that I have in Colombia and abroad are:

Account type	Account location (Country)	Total account balance as of December 31 of the immediately preceding year
AHORROS	Colombia	COP2,000,000.00

My heritage assets are as follows:

Asset type	Country	State	City	Value
MUEBLE	Colombia	Bogotá D.C	BOGOTÁ	COP13,000,000.00
MUEBLE	Colombia	Bogotá D.C	BOGOTÁ	COP1,500,000.00

My current credits and obligations to date are:

Concept	Balance
ICETEX	COP101,000,000.00
TARJETA DE CREDITO	COP500,000.00

1.2. PARTICIPATION IN BOARDS, CORPORATIONS, SOCIETIES AND / OR ASSOCIATIONS

I currently have participation in Boards or Boards of Directors: **False**

I currently have participation in corporations, partnerships or associations: **False**

1.3. DECLARATION OF PRIVATE ECONOMIC ACTIVITIES

I have private economic activities: **False**

2. CONFLICTS OF INTEREST

Next, I proceed to publish and proactively disclose the information that may be susceptible to generating a conflict of interest, as well as that related to the interests of my spouse or permanent partner, relatives and de facto or legal partners, in compliance with the provisions of the laws [2013 of 2019](#) and [2003 of 2019](#), and in accordance with the provisions of articles 40 of Law [734 of 2002](#) and 11 of Law [1437 of 2011](#).

2.1. SPOUSE OR PERMANENT PARTNER INFORMATION

I have a spouse or permanent partner: **False**

2.2. INFORMATION ON RELATIVES BY CONSANGUINITY, AFFINITY AND CIVIL

2.2. INFORMATION ON RELATIVES BY CONSANGUINITY, AFFINITY AND CIVIL

I have relatives (*) susceptible to generating a possible conflict of interest situation regarding the work or activity that I perform: **False**

(*) Congress members must only report relatives up to the second degree of consanguinity, second degree of affinity and first civil that may generate a possible conflict of interest situation regarding the work or activity they perform, according to [Law 2003 of 2019](#).

The other obligated subjects, according to [Law 2013 of 2019](#), must make this report only on relatives up to the fourth degree of consanguinity, second degree of affinity or first civil that may generate a possible situation of conflict of interest in relation to the work or activity they perform.

2.3. DIRECT INTEREST OR ACTIONS WITHIN THE PREVIOUS YEAR

I had direct interests or acted as a representative, advisor, president, manager, director, member of the board of directors or partner of a union, union, society, association, social group or organization for profit or not for profit and this may influence my decisions and actions in the performance of my current position: **False**

2.4. OTHER INVESTMENTS

I have trusts in Colombia or abroad: **False**

I have investments in Colombia or abroad: **False**

2.5. DONATIONS THAT REPRESENTED REDUCTIONS IN THE INCOME STATEMENT

I made donations: **False**

2.6. POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST

I have potential personal conflicts of interest: **False**

I have interests or duties as a representative, advisor, promoter, manager, member or director in relation to political or union, social, family, occupational, social group or organization for profit or not for profit and this may influence my decisions and actions in the performance of my current position: False

2.4. OTHER INVESTMENTS

I have trusts in Colombia or abroad: False

I have investments in Colombia or abroad: False

2.5. DONATIONS THAT REPRESENTED REDUCTIONS IN THE INCOME STATEMENT

I made donations: False

2.6. POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST

I have potential personal conflicts of interest: False

I declare income before the DIAN: False

If you have any questions or problems, write to us at: sopORTEconflictoInteres@funcionpublica.gov.co.
Publicación y divulgación proactiva de la declaración de bienes y rentas, del registro de conflictos de interés y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios

1.0.3



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:26:15 horas del 22/02/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1019044720**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO**

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.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 161519080



WEB
13:56:33
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de febrero del 2021

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 CAMILO HERNANDEZ MELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019044720:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 22 de febrero de 2021, a las 14:14:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1019044720
Código de Verificación	1019044720210222141420

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.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/02/2021 02:36:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1019044720** y Nombre: **JUAN CAMILO HERNANDEZ MELO**.

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. **20234992**.

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 Búsqueda

 Imprimir

Activar Windows

Vea a Configuración para activar

Certificado Bancario

11 de Febrero de 2021

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que Juan Camilo Hernandez Melo identificado (a) con CC 1019044720, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorros	08453520596	2016-01-14	Activa

***Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 91 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 00 00 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país: 01800 00 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 996 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



CIUDAD, <u>BOGOTA</u>	FECHA: <u>22/02/2021</u>
-----------------------	--------------------------

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA Fotocopia Cédula de Ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). X Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.
CONSORCIO O UNION TEMPORAL Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal. Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:


NOMBRE O RAZON SOCIAL: <u>JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO</u>	
Tipo documento de Identificación:	
Cédula de Ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/>	No. <u>1019044720</u>
Cédula de Extranjería: <input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Jurídica: <input type="checkbox"/>	No. _____
Nit Persona Natural: <input type="checkbox"/>	No. _____
Pasaporte: <input type="checkbox"/>	No. _____
Registro Civil: <input type="checkbox"/>	No. _____
Tarjeta de Identidad: <input type="checkbox"/>	No. _____
Otro Tipo Documento: <input type="checkbox"/>	No. _____ Cuál: _____

VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

Entidad Financiera <u>BANCOLOMBIA</u>	Número de Cuenta <u>084-535205-96</u>
Tipo de la cuenta bancaria <u>Corriente</u>	Ahorro <input checked="" type="checkbox"/>

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

JUAN CAMILO HERNÁNDEZ MELO
NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)


NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14688894649



(415)7707212489984(8020)0000014688894649

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 9 0 4 4 7 2 0

6. DV

- 4

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

1 2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 0 1 9 0 4 4 7 2 0

27. Fecha expedición:

2 0 0 8 0 4 2 4

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

MELO

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

CAMILO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 56 B 127 C 20 UN 11

42. Correo electrónico:

jc.hernandez527@uniandes.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1:

5 2 0 4 1 4 0

45. Teléfono 2:

3 1 9 3 6 4 9 5 3 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 1 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 9 0 6 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
2 0																										

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		58. CPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 2 0 0 3 1 9

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ MELO JUAN CAMILO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE