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
Quevedo	Suarez	Juan Jose

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1006772976	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1751658760 D.M. 05

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 03 AÑO 2002

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 10B SUR 50C 80

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 86478053 EMAIL jjquevedos@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018
										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	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2024	

3 EDUCACION 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			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*		
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*		
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*	*Mes*	*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*		

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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 Acacias 19/10/2026

Juan José B-S

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-16 17:14

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	JOSE	QUEVEDO	SUAREZ

Documento de identificación Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1006772976

Lugar de nacimiento País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS

Lugar de sede País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	ACACÍAS
Dirección	["DIAGONAL 15 No 26-21 SAN JOSE"]				
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	$24.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$24.000.000,00

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	$791.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETAS DE CREDITO	$568.558,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento		Número	

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés labor o actividad que desempeño: SíNo frente a la [ ] [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

SíNo ánimo o [ ] [X]

sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

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:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.772.976



Apellidos
QUEVEDO SUAREZ

Nombres
JUAN JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.83

Sexo
M

Fecha de nacimiento
01 MAR 2002

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
06 MAR 2020, VILLAVICENCIO

Firma
Juan Jose Q.S

Fecha de expiración
16 ENE 2035

Scanned with CamScanner

ICCOL0725882048520001<<<<<<<<<<<<<<<
0203018M3501162COL1006772976<<7
QUEVEDO<SUAREZ<<JUAN<JOSE<<<<<<<

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

0725882O4 CO

Scanned with CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ
C.C. 1006772976

Fecha de Exp.
04/07/2025
Distrito Militar
005
Tarjeta Militar
2da Clase
Fecha de la constancia
04/07/2025
Código de verificación
1751658760

Pertenece a la reserva de

Fecha de 1era línea	Fecha de 2da línea	Fecha de 3da línea
2032	**2042**	**2052**

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

PATRIA, HONOR, LEALTAD

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Cra. 11 B No. 104ª-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes de 7:00 AM - 5:00 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141199331377

(415)7707212489984(8020) 000014119933137 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 6 7 7 2 9 7 6	8	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 7 7 2 9 7 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUEVEDO	SUAREZ	JUAN	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CL 10 B Sur 50C 80

42. Correo electrónico jjquevedos@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 0 0 0 1	3 1 0 3 2 5 5 9 2 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 2 4 0 7 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	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-08-20 / 11:06:31AM

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 QUEVEDO SUAREZ JUAN JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-10-2026 12:37:52PM

Colegio Cofrem

Acta de Grado

DANE 350689-001884
(ACTA No. 005)

Colegio Cofrem
San Martín

En la ciudad de San Martín de los Llanos, a los un (1) dia del mes de diciembre del año 2018, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoria del plantel.

Institución aprobada HASTA NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaria de Educación del Meta, para otorgar el TÍTULO de BACHILLER ACADÉMICO según Resolución No. 4998 de octubre 27 de 2017, por medio de la cual modifica la Resolución No. 4838 de septiembre 20 de 2013.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Juan José Quevedo Suárez

Identificado (a) con T.I. 1.006.772.976 de San Martín (Meta)

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 005 de fecha 01 de diciembre de 2018, que consta de 15 alumnos graduandos que comienzan con el nombre de CRISTIAN ALBERTO ÁLVAREZ RUIZ y se cierra con el nombre de MARÍA PAULA RODRÍGUEZ TRUJILLO.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, CRISTINA DEL PILAR RUIZ TORRES (Rectora) y AIDE STELLA MONTENEGRO CORREDOR (Secretaria).

Dado en San Martín de los Llanos, a los un (1) dia del mes de diciembre de 2018.

Cristina Ruiz

Cristina del Pilar Ruiz Torres
C.C. 40.388.758 de Villavicencio
RECTORA

Aide Stella Montenegro Corredor
C.C. 21.203.205 de San Martín
SECRETARIA

Renglón _____

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Cofrem
San Martín

Confiere a:

Juan José Quevedo Suárez

El Título de

BACHILLER ACADEMICO

Colegio Cofrem

Acta de Grado

DANE 350689101884
(ACTA No. 005)

Colegio Cofrem
San Martín

En la ciudad de San Martín de los Llanos, a los un (1) día del mes de diciembre del año 2018, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del plantel.

Institución aprobada HASTA NUEVA VISITA en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación del Meta, para otorgar el TÍTULO de BACHILLER ACADÉMICO según Resolución No. 4998 de octubre 27 de 2017, por medio de la cual modifica la Resolución No. 4838 de septiembre 20 de 2013.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Juan José Quevedo Suárez

Identificado (a) con T.I. 1.006.772.976 de San Martín (Meta)

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 005 de fecha 01 de diciembre de 2018, que consta de 15 alumnos graduandos que comienzan con el nombre de CRISTIAN ALBERTO ÁLVAREZ RUIZ y se cierra con el nombre de MARÍA PAULA RODRÍGUEZ TRUJILLO.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, CRISTINA DEL PILAR RUIZ TORRES (Rectora) y AIDE STELLA MONTENEGRO CORREDOR (Secretaria).

Dado en San Martín de los Llanos, a los un (1) día del mes de diciembre de 2018.

Cristina Ruiz

Cristina del Pilar Ruiz Torres
C.C. 40.388.758 de Villavicencio
RECTORA

Aide Stella Montenegro Corredor
C.C. 21.203.205 de San Martín
SECRETARIA

Renglón _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica. Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ

con Cédula de Ciudadanía No. 1.006.772.976 de Villavicencio
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Villavicencio el día 25 de julio de 2025

Libro de Registros No. 0091020251 Folio No. 032 Registro No. 0315
Refrendado en Villavicencio el día 24 de julio de 2025

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Paula Andrea Rincon Sandoval

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 10-6416-2025

PROGRAMA:	MEDICINA
CODIGO SNIES:	90519
FECHA GRADO:	25 DE JULIO DE 2025
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS VILLAVICENCIO

En atención a que JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.006.772.976 de Villavicencio
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICO.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Villavicencio, mediante acta No 009 en sesión del día 27 de junio de 2025.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus y Secretario (a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	CESAR AUGUSTO PEREZ LONDOÑO
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Villavicencio el día 25 de julio de 2025

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

Ministerio de Salud y Protección Social

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUAREZ
CC 1006772976



MÉDICO
Universidad Cooperativa De Colombia Villavicencio

GRADO: 25/07/2025
ReTHUS: 06/10/2026

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 15 # 100 - 43 Ofc: 501, Edificio Avenida 15 PH. (Bogotá D.C., Colombia).
pqrs@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C100677297600353765
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 JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ**, identificado(a) con C.C. No. 1006772976 y T.P. o R.M. No. 1006772976 del(a) Secretaría de Salud de Meta, 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 miércoles 14 octubre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

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

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO			
FECHA DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO	02/09/2026		
DEPARTAMENTO QUE EMITE EL DOCUMENTO	META		
DATOS PERSONALES			
TIPO DE DOCUMENTO	CC [X] TI [ ] CE [ ]		
NÚMERO DE DOCUMENTO	1.006.772.976		
LUGAR DE EXPEDICIÓN	VILLAVICENCIO		
NOMBRES		APELLIDOS	
JUAN JOSE		QUEVEDO SUAREZ	
INFORMACIÓN ACADÉMICA			
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA		
DEPARTAMENTO/CIUDAD DE ESTUDIOS	VILLAVICENCIO		
PROFESIÓN	MEDICO	FECHA DE GRADO	25 DE JULIO DE 2025
NÚMERO DE ACTA DE GRADO	10-6416-2025	NÚM. TITULO	0315
PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO			
Diligenciar si el profesional participó en un proceso de asignación de plazas de S.S.O y fue exonerado.	FECHA DE PROCESO DE ASIGNACIÓN	N/A	
Diligenciar si el profesional fue exonerado de prestar el SSO mediante Comité Departamental de S.S.O.	FECHA DE COMITÉ	N/A	
	NÚMERO DE ACTA	N/A	
	RESPUESTA DEL COMITE DE SSO META	N/A	
.Diligenciar si el profesional prestó el S.S.O en el Departamento.	CÓDIGO DE PLAZA	5000600169011-7	
	IPS/INSTITUCIÓN DE PRESTACIÓN DE S.S.O	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE - HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	
	DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	META- ACACIAS	
	FECHA DE INICIO DE PRESTACIÓN	2025-08-23	
	FECHA DE CULMINACIÓN DE PRESTACIÓN	2026-08-22	
	MODALIDAD DE PRESTACIÓN S.S.O	NOMBRAMIENTO PROFESIONAL SSO	

Scanned with CamScanner

	ANEXO: CERTIFICACIÓN DE LA IPS DE PRESTACIÓN SSO	FOLIOS	01
CURSO DE INDUCCIÓN AL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO			
FECHA DE CURSO DE INDUCCIÓN	DEL 11 AL 14 DE AGOSTO DE 2025		
LUGAR CURSO DE INDUCCIÓN	SECRETARIA DE SALUD DEL META		
QUIEN CERTIFICA ASISTENCIA AL CURSO	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS		
ANEXO: CERTIFICADO DE CURSO DE INDUCCIÓN		FOLIOS	01

ANA ZENIT ARGOTE PEREZ
SECRETARIA DE SALUD DEL META

Reviso: ANDRES FELIPE PEREZ HERNANDEZ -Gerente Administrativo de Salud.

Proyecto: Referente de sso -Marelby Velásquez Cardona

Scanned with CamScanner

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 *

1006772976

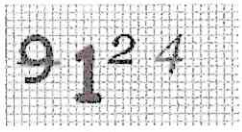
Primer Nombre

Juan

Primer Apellido

Quevedo

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9232

Limpiar

Resultado General -2026-10-14→8:57:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1006772976	JUAN	JOSE	QUEVEDO	SUAREZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ identificado(a) con CC 1006772976 registra La siguiente información:

2026-10-14→8:57:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2026-10-06	158571	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad	Prog

Prestacion	Lugar Prestación		Inicio	Fin	Prestacion	Presi
Presto SSO	Local	COLOMBIA|META|ACACÍAS	2025-08-23	2026-08-22	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Med

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

EPS Sanitas

Nueva compañía de Sanitas
NIT 900.701.580-6

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

D D M M A A A A

201379444

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Quevedo	Segundo Apellido: Suarez	Primer Nombre: Jhon	Segundo Nombre: Jose

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1006772276	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Uribe	Colombia	Meta	Uribe	01 03 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	SI No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	Porvenir	$1750905	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Calle 10B Sur # 50C-00 Barrancas		N/A
Teléfono Celular: 310-3255927	Correo Electrónico: Jhquevedos@gmail.com	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Meta	Ue		Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Discapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reservar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFILIACIÓN

201379444

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		248807 / 280706
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	19 10 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [X] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [X] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Ivan Jose G.	

X. ANEXOS

- [X] 82. Anexo copia de documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración ausente por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos 1

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES: TC=03 TA=02

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y todas las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Fecha de procesamiento
Edgar Lorenzo	EPS SANITAS RECIBIDO PARA ESTUDIO NIT. 800.251.440-6 19 OCT 2026 FECHA	

DILIGENCIE LOS NOVEDADES

Pensiones Obligatorias

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CESANTÍAS Y DEL COMPONENTE COMPLEMENTARIO DE AHORRO INDIVIDUAL PORVENIR S.A.

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.772.976**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 14 de agosto de 2025, siendo la empresa HOSPITAL MUNICIPAL ACACIAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con NIT 892.000.264 quien realizó su último aporte a esta cuenta.

El afiliado presenta a la fecha un saldo de:

Fondo	Saldo Obligatorio	Saldo Voluntario Afiliado	Saldo Voluntario Empleador	Saldo Total
Pensiones Obligatorias Mayor Riesgo	$ 11.990.235	$ 0	$ 0	$ 11.990.235

La presente certificación se expide el 14 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Juan Jose QS 1006772976

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

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 miércoles 14 de octubre de 2026, a las 09:23:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006772976
Código de Verificación	1006772976261014092349

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.

ANDRÉS MAURICIO LÓPEZ RIVERA
Contralor Delegado (E)

Juan José OS 1006772976

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304741658

PIB
09:25:38

Bogotá DC, 14 de octubre 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 JOSE QUEVEDO SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006772976:

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)

Juan Jose QP 1006772976

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:29:18 AM horas del 14/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1006772976**

Apellidos y Nombres: **QUEVEDO SUAREZ JUAN JOSE**

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

Juan Jose. QS
1006772976

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, 14/10/2026 09:31:30 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006772976** y Nombre: **JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ.**

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. **149512313** . 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

Juan Jose QS 1006772976

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

GOV.CO

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 09:39:37 horas del 14/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006772976,** Apellidos y Nombres **QUEVEDO SUAREZ JUAN JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE ACACIAS**, con NIT **892000264-4** 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

Juan José QS 1006772976

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 1006772976 **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 14/10/2026 09:34 AM

Código Verificación: **VBU7JCSKEM**

Válida hasta: **14/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Juan José QS 1006772976



PREVIS IPS SAS
NIT: 900547903-9

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 1006772976 - 14491

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica: 8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIóN DE LA SALUD HUMANA.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	16 oct. 2026 - ACACIAS - META	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ	**Identificación:**	1006772976
Género	MASCULINO **Edad:** 24	**Teléfono**	3103255927 **Móvil:** 3103255927
Fecha Nacimiento:	1/03/2002	**EPS:**	SANITAS S.A.
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	CL 10 B # 50C- 80 // LAS AMERICAS	**Cargo:**	MEDICO
		AREA: No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 40 MIN DIARIOS, ALIMENTACION BALANCEADA, HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. -SE RECOMIENDA MANTENER ASISTENCIA ACTIVA EN PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (NUTRICIÓN Y ACONDICIONAMIENTO FÍSICO) ORIENTADO AL CONTROL DE PESO CORPORAL.

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES DEL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

1. ADOPTAR PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURAS.
2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ERGONÓMICAS PERIÓDICAMENTE, Y MANTENER UNA HIGIENE POSTURAL ADECUADA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
3. CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.
4. CONTRIBUIR A UN ENTORNO SEGURO REPORTANDO OPORTUNAMENTE CUALQUIER RIESGO O CONDICIÓN INSEGURA.
5. UTILIZAR EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE FORMA RESPONSABLE SEGÚN LAS NECESIDADES DEL CARGO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

'ACUERDO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
FT.AU.10 VERSIÓN 04 17/07/2026
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada a PREVENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PREVIS IPS S.A.S. para el recaudo, recolección, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización, disposición y, en general, el tratamiento de mis datos personales, incluidos aquellos relacionados con mi estado de salud, para fines estrictamente relacionados con la prestación de los servicios de salud, el cumplimiento de obligaciones legales y el mejoramiento de la calidad de la atención. Declaro conocer que la institución garantiza la confidencialidad de mi información y el respeto por mi derecho de Habeas Data, por lo que podré acceder, conocer, actualizar, rectificar, modificar o solicitar la supresión de mis datos, así como revocar esta autorización en los casos permitidos por la ley. Asimismo, se me informa que este documento y las valoraciones derivadas de mi atención son de carácter confidencial y están protegidos por la reserva profesional, pudiendo solicitar copia de los mismos cuando lo requiera, conforme a la normatividad vigente.
AUTORIZACIÓN DE USO DE FIRMA AUTOMATIZADA Y DERECHO A DESISTIR.
Autorizo que la firma electrónica o biométrica que registro en el área de recepción sea capturada, almacenada y aplicada de forma automática en los diferentes registros, consentimientos de servicios y documentos clínicos que se generen durante mi ruta de atención en el día de hoy en Prevención Integral en Salud IPS S.A.S. Derecho a desistir: Comprendo que la aceptación de este mecanismo automatizado es opcional y está diseñado para agilizar mi atención. Se me ha informado claramente que puedo revocar esta autorización o desistir de este método en cualquier momento durante mi atención. En caso de desistir, podré solicitarle al profesional de la salud o al personal de recepción que me proporcione el documento en físico para firmarlo de manera manual y tradicional, sin que esto afecte la calidad de mi atención médica.
ACEPTO Y AUTORIZO TODAS LAS CONDICIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.
'

Daniel López Rodríguez
Médico Laboral
Rbl: 44607/2010 - Lic.SO.1065/2024

MEDICO ESPECIALISTA SST
DANIEL ALFONSO LOPEZ RODRIGUEZ
Cédula de Ciudadanía : 17901453
44607 - 1065 DE 2024

Juan Jose QS

Firma y cédula del Paciente
JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ
1006772976

Certificación
Bancaria

Martes, 13 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ identificado(a) con CC 1006772976, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	39551981171	2023-04-28	Activo	••••

***Importante:** Esta constancia solo 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 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO
BANCOLOMBIA

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 16/10/2026

Señores
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

Bajo la gravedad de Juramento YO, Juan José Quiroga Suárez mayor de edad, Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1006772976, expedida en Villavicencio

CERTIFICO:

Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de procesos de alimentos, de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, articulo 127 de la Constitución Nacional, articulo 18 de la Ley 1150 del 2007, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,

Juan José

Cc. 1006772976

El presente documento no requiere ningún otro tipo de formalidad de conformidad a lo inserto en el artículo 25 de la ley 962 de 2005 modificado por el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012.

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
NIT. 892.000.264 – 4
PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024	Código: PE-SP1-FR-06	Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

I. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Quevedo	Suárez	Juan	José

fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Departamento
01 03 2002	Villavicencio	Meta

Sexo:	Tipo de Identificación	Número de Identificación
F ☐ M ☒	C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐	1006772976

fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Departamento
06 03 2025	Villavicencio	Meta.

Nivel Educativo
Primaria ☐ Tecnológico ☐
Secundaria ☐ Universitario ☒
Técnico ☐ Especialización ☐

Ocupación
Empleado ☐
Independiente ☒
Pensionado ☐

Profesión/oficio	Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad	Nit
Medico	Hospital Municipal de Acacias	892.000.264-4

Tipo de Empresa	Cargo/Actividad	Antigüedad (años)	Pasatiempo
Pública	Medico	1	Entrenar

Por su cargo o actividad administra recursos públicos? SI ☐ NO ☒
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒
Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒

Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:

Tipo de Vivienda	Nombre del Arrendador	Teléfono	Si la vivienda es arrendada
Propia ☒ Familiar ☐ Arrendada ☐ Estrato ____			Antigüedad (Años)

Estado Civil	Tiene Hijos?	Número de personas a cargo	Datos básicos del cónyuge: Nombre	Identificación / Teléfono
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐	SI ☐ NO ☒ Número de Hijos	0		

2. Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Departamento
Calle 10B Sur #52C-60	Las Americas	Villavicencio	Meta
E-mail Personal		**Teléfono**	**Celular**
jjquevedos@gmail.com			3103255427
Dirección Oficina	**Barrio**	**Ciudad**	**Departamento**
E-mail Oficina		**Teléfono**	**Celular**

Envío de Correspondencia Residencia ☐ Oficina ☐ Otra Cuál?

3. Datos Tributarios

Responsable de IVA
Común ☐
Simplificado ☐
No Aplica ☒

Tipo de Retención
Sujero a retención ☒
Retención especial ☐

4. Referencias

Referencia Financiera
Nombre de la Entidad: Bancolombia
Ciudad: Villavicencio Departamento: Meta
Clase de producto o número de la cuenta: 345519817 1

Personal/Familiar	Nombre
	Liliana Yineth Suárez
Parentesco	Madre
Ciudad: San Martín	Departamento: Meta
Dirección: Calle 18 #16A-45	
Teléfono: 3112222903	

5. Operaciones Internacionales

Realiza operaciones en moneda extranjera SI ☐ NO ☒

Tipo de Operaciones que normalmente realiza:
Importaciones ☐ Pago servicios ☐ Inversiones ☐
Exportaciones ☐ Prestamos ☐ Ingresos por donaciones ☐
Transferencias ☐ Cambio divisas ☐ Otros ____

Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera SI ☐ NO ☒
Tipo de producto ____
Identificación del Producto ____
Entidad ____
Ciudad ____
País ____
Moneda ____ Monto ____

6. Información Financiera

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Por actividad principal: 6'000.000	Cuotas Préstamos: 700.000
*Otros Ingresos: 0	Gastos de Sostenimiento: 1'300.000
	Otros Gastos: 0
Total Ingresos Mensuales: 6'000.000	Total Egresos Mensuales: 2'000.000

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio
16'000.000	1'000.000	15'000.000

*Explique Otros Ingresos

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E **NIT. 892.000.264 – 4**		
	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL		
	Fecha: 15/05/2024	Código: PE-SP1-FR-06	Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACION DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresanto que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

Medico.

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilicita

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efecturaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE** para:

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constacia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.
2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgoo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.
3. Suministrar esta información a cualqueirda de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.
4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el amacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.
5. Que recolecten y entreguen la ifnormación tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencioandas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean apliables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similaes por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACION

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es verza y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes rqueridos.

Firma Juan José Q S

Nombre Juan José Revello Suárez

Documento 1006722976.



Huella índice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificacón de la Información

fecha

Nombre del Funcionario _____

Cargo: _____

Firma _____

Resultado de la verificación:

_____

_____

_____

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:		**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	1006772976	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100	Search	Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 10/15/2026 12:34:27 PM
Non-SDN List last updated on: 9/14/2026 2:35:42 PM

Pensado: [illegible]
16/oct/2026
2:18 pm

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1006772976	Juan Jose Quevedo Suarez	1 minuto de tiempo transcurrido *(15/10/2026 5:43:34 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1 minuto de tiempo transcurrido *(15/10/2026 5:43:34 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

REGISTRO DE PROVEEDORES

Se ha Registrado Tu Respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? Denunciar

Google Formularios

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-07.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1006772976

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-07.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-07.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACION EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACION VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-07.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

d95e229e-3e14-4795-93b2-b19f2c03e3ff

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Juan José Quevedo Suárez

ha participado y aprobado el:

Curso de fortalecimiento de la gobernanza sobre el sistema nacional de donación y trasplante

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 80 - Porcentaje de aprobación: 95,09 %

14 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

incucai

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=d95e229e-3e14-4795-93b2-b19f2c03e3ff

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PULMÓN (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

652cbe2c-ec74-4f65-b1e8-342aac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Juan José Quevedo Suárez

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer en Niños y Adolescentes

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

7 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=652cbe2c-ec74-4f65-b1e8-342aac1f1c2e

CAMPUS
FUNDACION EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN Y MANEJO AL PACIENTE CON VIH (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

652ccc61-e750-4492-897f-37e8ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Juan José Quevedo Suárez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

16 de octubre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=652ccc61-e750-4492-897f-37e8ac1f1c2e

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE VPH (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSÉ QUEVEDO SUÁREZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1006772976
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-10-13.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101080499	0

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CRA. 15A 120-74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ			CC	1.006.772.976
DIRECCION	CALLE 103 SUR # 50C-80	CIUDAD	VILLAVICENCIO, META	TELEFONO	3103255927
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 10 / 2026	16 / 10 / 2026	16 / 10 / 2027	16 / 10 / 2026	16 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		$ 0.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 80,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 400,000,000.00
		$ 400,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******400,000,000.00	PRIMA:	$ **********267,630.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********50,849.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********318,480.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.08.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 11021104007003 (3900) 000000318480 (96) 20261130

REFERENCIA PAGO:
1102110400700-3

62-03-101080499

FIRMA AUTORIZADA

JULIANANITOLA

CLIENTE

TOMADOR

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7e751206-7e48-4933-833a-b5d9e3361bb

Nombres y apellidos / Full name: **JUAN JOSE QUEVEDO SUAREZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 6 7 7 2 9 7 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/03/2002**

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

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

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Triple Viral Particular	Refuerzo	18	06	2018		69CE54A65K	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CAROLINA
Fiebre Amarilla	Única	18	06	2018		N3N271V	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	YESSIKA ANDREA BARRAGAN SUAREZ
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	17	07	2019		UVA0903A	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	IPS SANITAS
TD Adulto	Primera	23	07	2019		221502016B	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	YESSIKA ANDREA BARRAGAN SUAREZ
COVID ASTRAZENECA	Primera	10	05	2021	Oxford-AstraZeneca	CTMAV519	CORPORACION CLINICA	YENNI VIVIANA CASTILLO RODRIGUEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	10	06	2021		UFX20003	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA HELENA RIVEROS GARCIA
Influenza Adultos Particular	Anual	10	06	2021		AJ626AB	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA HELENA RIVEROS GARCIA
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	14	07	2021		UFX20003	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA HELENA RIVEROS GARCIA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	10	08	2021	Oxford-AstraZeneca	77688	CORPORACION CLINICA	WILLIAM ALEXANDER FLOREZ CASTRO
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	11	01	2022		51B20018A	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	ROSMARY MORALES CARDENAS
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	31	01	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	LUCY MILENA MOLINA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	10	12	2022	Green Cross	V50222013	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	CARMENZA REY OLAYA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	03	07	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526006	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	YENCY OLIVEROS OCHOA - CC1120362108 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	03	07	2026	Serum	0126N030	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	YENCY OLIVEROS OCHOA - CC1120362108 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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.

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

CONSERVALO

En caso de requerir el certificado Internacional de vacunación
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Santa Bárbara

Centro de Especialistas
SANTA BARBARA, I.P.S.
Cra. 38 No. 36 - 30 Barzal Tel. 684 8597 V/cio
Cra. 14 Nº 12 - 34 Tel. 657 4516 Acacías

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres:	Juan Jose
Apellidos:	Quevedo Suarez
Documento de identidad:	C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1006772976
Fecha de Nacimiento:	DÍA 01 MES 03 AÑO 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	19-10-26	720800 03	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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