	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato hoja de ruta contratos DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-50 Proceso: Administración del Talento Humano

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO: _____ **CEDULA:** _____

No.	REQUISITO EXIGIDO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Autorización Director de ESM			
2	Plan de necesidades			
3	Requerimiento del cargo			
4	Certificado de idoneidad			
5	Estudio previo			
6	Acta de compromiso de confidencialidad			
✓ 7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP II así; ☐Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. ☐ el contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ☐ el formato único hoja de vida impreso del **SIGEP II**, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. ☐ tiempo de experiencia certificados de experiencia ☐ Documentos adicionales ☐ tarjeta y resolución de la profesión ☐ procuraduría ☐ contraloría ☐ policía judicial ☐ rut	Artículo 18 de la Ley 909 de 2004	✓	
8	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ **o** siguiente enlace https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012 ☐ Declaración de conflictos de interés particulares ☐ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ☐ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019. **Recuerde que los datos de acceso son diferentes al portal de SIGEP.**	✓	
9	**BLS** (Soporte Vital Básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial. **BLS-ACLS (C**urso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros, Terapeutas Respiratorios y Médicos y Especialistas **Certificado Curso de Humanización del servicio.** **Certificado capacitación de atención a Victimas de Violencia sexua**l para el personal de los servicios de consulta externa hospitalizacion y servicio de prioritarias, establecido en la resolución 459 del 2012. **Declaración escrita de objeción de conciencia** en salud en caso que aplique para Ginecólogo y Medico General	Resolución 003316 de 2019 Resolución 3100 de 2019. Resolución 459 del 2012. Resolución 380/2018 del MSPS Resolución 051 del 2023 del MSPS Sentencia C-355 del 2006	✓	
10	Declaración de bienes y rentas LLENAR EL FORMATO			
11	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	✓	
12	Fotocopia cédula de ciudadanía.		✓	
13	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		✓	
14	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado			
15	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		✓	
16	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		✓	
17	Oficio de entrega del ESP con nombre cedula y profesión.			
18	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	✓	

19	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días	✓	
20	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación)	No mayor a 90 días	✓	falta
21	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (**RNMC**).	No mayor a 90 días		
22	Registro único tributario **(se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la DIAN – consulta estado del RUT https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces)**		✓	
23	PANTALLAZO IMPRESO EN EL CUAL CERTIFIQUE QUE SE ENCUENTRA EL PRESTADOR DE SERVICIOS INSCRITO EN EL **SECOP II** SE PUEDE INGRESAR EN EL SIGUIENTE LINK https://community.secop.gov.co/STS/users/login/index?skinname=CCE		✓	
24	Constancia de afiliación al sistema integral de seguridad social en salud, pensión, deben incluir consulta página web **RUAF**		✓	pension
25	**1.** Todo el personal debe presentarse en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo para realizar la afiliación a Riesgos Laborales. **2.** Entregar copia de certificado de afiliación a la **ARL donde se verifique el NIT de la Regional o DISAN**, en la oficina de contratos (se aclara que riesgos laborales se debe incluir en la **carpeta maestra una vez suscrito el contrato**, Personal tecnólogo en imágenes diagnósticas deben estar afiliados en Riesgo V.	No puede iniciar su ejecución contractual sin estar afiliado a Riesgos Laborales.	✓	
26	Acta de compromiso de cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Formato SG-SST DIGSA		
27	Certificado de exámenes ocupacionales de ingreso: con énfasis osteomuscular, visiometría y audiometría.	El examen tiene vigencia 3 años si no deja de trabajar continuamente.	✓	
28	Todo el personal debe solicitar en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo ***"Formato de requisitos de vacunación según el cargo"***. (este formato será revisado y aprobado por la oficina de SST en vista que es requisito para continuar el proceso de contratación). ☐ Actividades administrativas de archivo. **(Toxoide Tetánico y Difteria)** ☐ Actividades netamente administrativas en zona endémica. ☐ Actividades de servicios generales y mantenimiento. ☐ Actividades de manipulación de alimentos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos. **(Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo)** ☐ Actividades únicamente asistenciales. **(Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo, Toxoide Tetánico y Difteria).**	Presentar copias legibles de carnets de vacunación y/o titulaciones vigentes a partir del año 2000.	✓	neumococo
29	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el **(RETHUS)** de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.		✓	
30	Anexo G "datos generales"			
31	Concepto evaluación psicologia	No mayor a un año	✓	
32	Pacto de integridad			
33	DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES			falta
34	REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)			falta

Fecha Elaboración: _____

Firma: _____

Postfirma: _____

Grado - Nombres y Apellidos

Funcionario responsable manejo expediente

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Montoya	Morales	Juan Sebastián

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1024517821	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1024517821 D.M. 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 07 MES 05 AÑO 1991	CALLE 64 72A 27			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3106988206	EMAIL	juanmontoyase@hotmail.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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA	01	2024	1024517821
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA	07	2024	1024517821
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2015	1024517821

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106988206	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO NEUROLOGO	*DEPENDENCIA* AREA DE NEUROLOGIA						*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 3 49 0					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD AIRLIQUIDE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SOMNOLOGO	*DEPENDENCIA* AREA DE NEUROLOGIA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 7 113 43					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CAYRE RIESGO DE FRACTURA IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6446800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SOMNOLOGO	*DEPENDENCIA* CONSULTA Y POLISOMNOGRAFIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 98 16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD sub red de servicios de salud sur			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2015	*Día*	05	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 47B 35 sur					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 3-2-25

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Bogota 10 febrero 2025 — Sr Dianis Ricardo Gallego

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	2025-02-02 15:46

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	SEBASTIAN	MONTOYA	MORALES

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1024517821

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA 1

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["Avenida El Dorado Carrera 52 CAN"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$30.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$30.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
AUTOMOVIL	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$120.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETAS DE CREDITO	$35.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	CATALINA	LOPEZ	MUELAS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1032455984

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [X] No [ ]

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
FIC	$120.000.000,00	COLOMBIA

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:

CENTRO DE ENTRENAMIENTO Y SIMULACIÒN CLÌNICA
EMERGENCY TRAINING & CPR

Otorga el presente certificado a:

JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES

C.C: 1.024.517.821

Asistió y participó en el curso virtual de:

SOPORTE VITAL BÀSICO

Con una intensidad de veinte ***(20)*** *horas*

Esta capacitación sigue las recomendaciones dadas por la ***AMERICAN HEART ASSOCIATION,*** *cumpliendo la resolución 3100 de noviembre de 2019 y la norma de competencia laboral* ***230101108 Y 230101109***

Dado en la ciudad de Bogotá D.C. – Colombia
a los (29) días del mes de febrero de 2024
Válido por (2) años

Anaderly Gutiérrez López
Gerente General – Instructor

Educación Informal de acuerdo con el decreto 1075 de 2015 Art: 2.6.6.8 del Ministerio de Educación Nacional

CSVB2024022921

www.emergencytrainingypr.com
emergencytrainingycpr@gmail.com
Cel: (57) 3192022788

CENTRO DE ENTRENAMIENTO Y SIMULACIÒN CLINICA
EMERGENCY TRAINING Y CPR

Otorga el presente certificado a:

JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES

C.C. 1.024.517.821

Asistió y aprobó el curso semipresencial de:

SOPORTE VITAL AVANZADO

CON UNA INTENSIDAD DE CUARENTA Y OCHO (48) HORAS

Esta capacitación sigue las recomendaciones dadas por la **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, cumpliendo con Resolución 3100 de 2019 y la norma de competencia laboral **230101108 y 230101109**, así mismo se hace énfasis en manejo de pacientes COVID -19 con base de la guías 2020 de la AHA.

Dado en Bogotá D.C, a los 29 días del mes de Febrero de 2024

Válido por 2 años

ANADERLY GUTIERREZ LÓPEZ
Gerente

Educación informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.68. del Ministerio de Educación Nacional
CERTIFICADO VALIDO POR 2 AÑOS A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN

SVBDEA202402921

CENTRO DE ENTRENAMIENTO Y SIMULACIÒN CLÌNICA
EMERGENCY TRAINING & CPR

Otorga el presente certificado a:

JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES

CC: 1.024.517.821

Asistió y participó en el curso semi presencial de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN Y MANEJO DE CADENA DE CUSTODIA

Con una intensidad de cuarenta ***(40)*** *horas*

Esta capacitación sigue las recomendaciones dadas por las guías del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia cumpliendo con ***la resolución 3100 de noviembre de 2019 y la norma de competencia laboral 230101108 230101109***

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. – Colombia
a los (01) días del mes de marzo de 2024
Vigencia (2 años)

Anaderly Gutiérrez López
Gerente General – Instructor

AIVSG 2024030121

www.emergencytrainingypr.com
emergencytrainingycpr@gmail.com
Cel: (57) 3192022788

Educación Informal de acuerdo con el decreto 1075 de 2015 Art: 2.6.6.8 del Ministerio de Educación Nacional

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,

02/02/2025

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024517821**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**004970272227**
Fecha de apertura	**08/07/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES
CC 1024517821

MÉDICO
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C.

GRADO: 30/06/2015
ReTHUS: 08/08/2016
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

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 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).
parsi@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

La República de Colombia
y en su nombre el

Liceo Manantial de Vida Eterna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
según Resolución No. 706 del 5 de Marzo de 2003

Confiere a:

Juan Sebastian Montoya Morales

Identificado con T.I. No. 910507-57680 de Sfe. de Bogotá

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Sandra M. Gómez S. — Rectora

Esperanza Martínez T. — Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 26 del Libro de Control Interno de Diplomas No. 01-17

Dado en Bogotá, D.C. al primer día del mes de Diciembre de 2007

No requiere Registro, de la Secretaría de Educación
según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1991
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995
de la Presidencia de la República

Artes Unidas Cel.: 311 : 5 2971

Acta Individual de Grado

Liceo Manantial de Vida Eterna

Inscripción S.E. 300 - 93
Inscripción DANE 311001041521

En la Ciudad de Bogotá, D.C., al primer (1) día del mes de Diciembre de 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado las suscritas Rectora y Secretaria Académica del **LICEO MANANTIAL DE VIDA ETERNA;** Jornada única, Institución aprobada hasta nueva determinación en el nivel de Educación Media y aprobada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución Número 706 del 5 de Marzo de 2003 comprobada la situación legal de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el:

TÍTULO DE

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, Apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES

IDENTIFICADO (A) CON T.I. 910507-57680 DE SANTA FE DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del Acta General No. 007 Folio 26 , de fecha 1 de Diciembre de 2007, que consta de 32 estudiantes, que comienzan con el nombre de ALVARADO OCAMPO JHONATAN ALEJANDRO y se cierra con el nombre de ZAMORA RAMIREZ JUDITH ANDREA

Firmada y Sellada por SANDRA MILENA GOMEZ SARMIENTO (Rectora) y ESPERANZA MARTÍNEZ TORRES (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá, D.C. al primer (1) día del mes de Diciembre de 2007

No requiere Registro de la Secretaria de Educación según, Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, del gobierno nacional

FIRMADA Y SELLADA

SANDRA MILENA GOMEZ SARMIENTO
Rectora
C.C. 52.167.526 de Bogotá

ESPERANZA MARTÍNEZ TORRES
Secretaria Académica
C.C. 41.746.938 de Bogotá

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

Teniendo en cuenta que:

Juan Sebastián Montoya Morales

C.C. 1.024.517.821 expedida en Bogotá D.C.

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación, le otorga el título de:

Médico y Cirujano

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.
a los 30 días del mes de Junio de 2015.

Rector

Vicerrector Académico

Decano Facultad

Acta de Grado 6050.
Registro 6050.

Jefe División Registro y Control Académico

Registro Oficial
Anotado al folio [illegible] Libro [illegible]
Bogotá D.C. República de Colombia
Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]

0017651

Scanned by CamScanner

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Juan Sebastián Montoya Morales

C.C. 1.024.517.821 expedida en Bogotá D.C.

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Neurología

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 27 días del mes de Febrero de 2024.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Director

Acta de Postgrado 2023
Registro 2023

Jefe División Registro y Control Académico

0003374

Registro Oficial
Anotado al folio 55 Libro 8
Día 27 Mes 2 Año 2024
Bogotá, D.C. República de Colombia

Powered by CamScanner

0069823

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE GRADO Nº 6050

En Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de Junio de 2015, se reunieron en la Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada**, los siguientes funcionarios: **Mayor General EDUARDO ANTONIO HERRERA BERBEL,** Rector; **Doctora MARTHA LUCIA BAHAMÓN JARA,** Vicerrectora Académica, **Coronel Médico JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ,** Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) egresado(a) de la Universidad Militar "Nueva Granada" y otorgarle el título en la forma que más adelante se indica:

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 9, 24 y 28 de la ley 30 de 1992, Artículos 2º y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; Artículo 2º de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 del 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional; Acuerdo 02 de 2015 de la Universidad Militar Nueva Granada

OTORGAMIENTO DEL TITULO

La Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada**, teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano y la División de Registro y Control Académico por intermedio de su jefe, han informado que el(la) señor(a) **JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía Nº 1024517821 de BOGOTA D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución y las normas legales pertinentes resuelve, en nombre de la **República de Colombia** y por autorización del **Ministerio de Educación Nacional**, otorgarle el título de **MEDICO Y CIRUJANO,** quedando registrado su diploma y acta de grado en el Libro **09** Registro **6050**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

Coronel Médico JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ
Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Siguen firmas al respaldo...

Scanned by CamScanner

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE POSGRADO 2033 UMNG
Hospital Militar Central H.M.C

En Bogotá, D.C., **a los veintisiete (27) días del mes de febrero de 2024**, se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: Señor **Mayor General (R) JAVIER ALBERTO AYALA AMAYA, PhD**, Rector; **Ingeniera CAROL EUGENIA AREVALO DAZA, MSc.** Vicerrectora Académica; **Coronel Médico (RA) JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ,** Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Hospital Militar Central **Mayor General Doctor CARLOS ALBERTO RINCÓN ARANGO,** Director General Hospital Militar Central y **JENNY LIBETH JURADO HERNANDEZ,** Subdirectora de Docencia e Investigación Científica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2° y literal g) del artículo 3° del Decreto 2725 de 1980; artículo 2° de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 de 1982 y Decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 02 de 2017 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada** teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Militar Central por intermedio de su Director General, han informado que el(la) Profesional **JUAN SEBASTIÁN MONTOYA MORALES,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **1024517821** de **BOGOTÁ D.C.**, ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la **República de Colombia** y por autorización del **Ministerio de Educación Nacional** otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA,** quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **2033.**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7° del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

JENNY LIBETH JURADO HERNANDEZ
Subdirectora de Docencia e Investigación Científica
Hospital Militar Central

Siguen firmas al respaldo...

Mayor General Doctor CARLOS ALBERTO RINCÓN ARANGO
Director General Hospital Militar Central

Coronel Médico (RA) JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Ingeniera CAROL EUGENIA AREVALO DAZA, MSc.
Vicerrectora Académica

Mayor General (R) JAVIER ALBERTO AYALA AMAYA, PhD.
Rector

ACTA DE POSGRADO 2033

Ingeniero DANIEL ARLEY ALARCÓN SÁENZ, MSc.
Jefe División de Admisiones, Registro y Control Académico

0103308

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FI

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:23:22 PM horas del 02/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1024517821**

Apellidos y Nombres: **MONTOYA MORALES JUAN SEBASTIAN**

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 02 de febrero de 2025, a las 15:24:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024517821
Código de Verificación	1024517821250202152443

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta de antecedentes

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

Tipo de Identificación: **Cédula de ciudadanía - NUI**

Número Identificación: **1024517821**

¿ Cuanto es 5 + 3 ? **9**

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1024517821.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: domingo, febrero 02, 2025 - Hora de consulta: 15:20:30

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14857184243

(415)7707212489984(8020) 000001485718424 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 1 7 8 2 1	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 5 1 7 8 2 1	2 0 0 9 0 6 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTOYA	MORALES	JUAN	SEBASTIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 19 C 86 A 42 AP 404

42. Correo electrónico: juanmontoyase@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 6 9 8 8 2 0 6	4 7 7 4 7 3 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 6 0 7 1 9	0 0 1 0	2 0 1 6 0 1 0 1				2 2 2 1	0

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 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados 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 2022 - 08 - 31 / 08 : 26: 22

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:

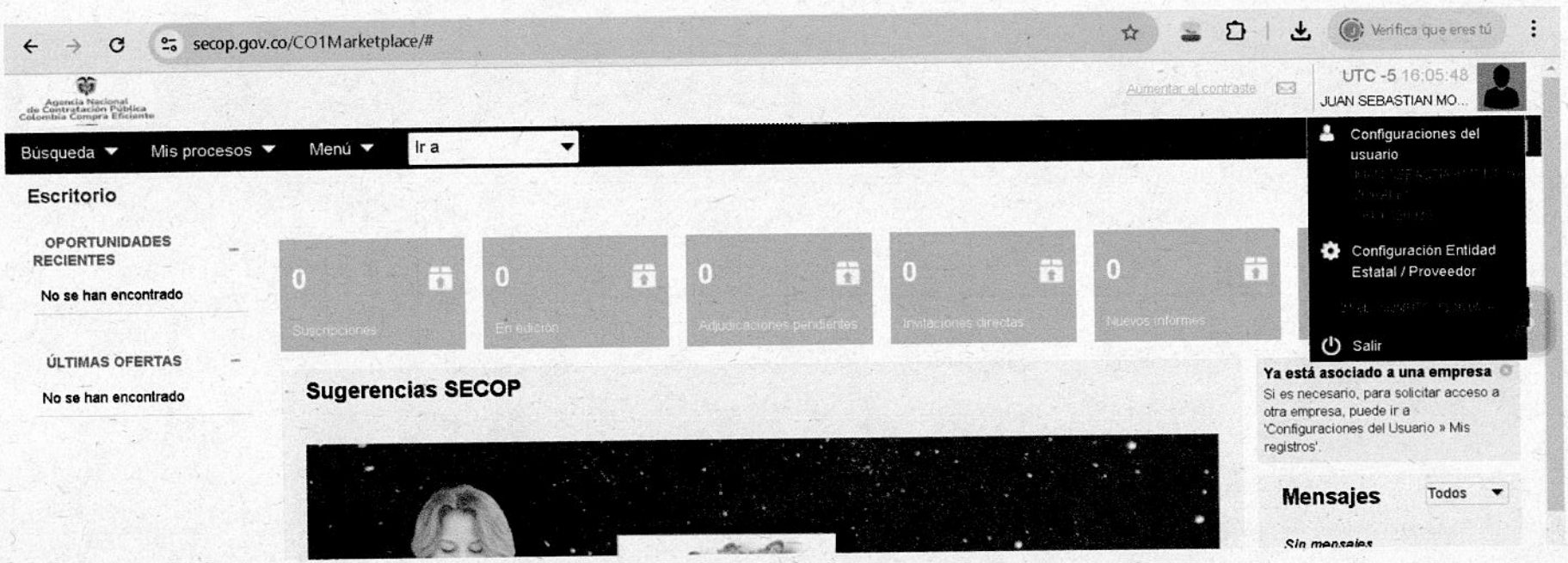
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MONTOYA MORALES JUAN SEBASTIAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


secop.gov.co/CO1Marketplace/#
Verifica que eres tú
Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:05:48
JUAN SEBASTIAN MO...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Salir
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
Sugerencias SECOP
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2025-01-31

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1024517821	JUAN	SEBASTIAN	MONTOYA	MORALES	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2025-01-31

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
CAJA DE COMPENSACIáN FAMILIAR COMPENSAR	Contributivo	01/08/2016	Activo	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2025-01-31

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2015-08-21	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2025-01-31

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2022-08-01	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

ARL | sura

Medellín, 02 de febrero de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES identificado(a) con C1024517821 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10245178212503358377

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1024517821-673251

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	20 feb. 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES	**Identificación:**	1024517821
Género	MASCULINO **Edad:** 32	**Teléfono**	na **Móvil:** 3106988206
Fecha Nacimiento:	7/05/1991	**Cargo:**	NEUROLOGO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	KR 19 C 86 A 42	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	POSTGRADO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULARES		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	USO DE EPP, SEGUIR RECOMENDACIONES ERGONOMETRICAS Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

'Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Médico Especialista en Salud Laboral
GERMAN OSWALDO CAPERA ROJAS
R.M 79781491 Lic 251127/2019

Firma y cédula del Paciente
JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES
1024517821

Powered by CamScanner

PC	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m̂	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	AGO 2009	2061106
	2ª Dosis	21 ENE 2010	AHA30713AC
	3ª Dosis	22 FEB 2010	0431028 DD 4AR
	Refuerzo	26 AGO 2010	0431031 PICR

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.AM.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

98336

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE JUAN SEBASTIAN MOLTOYA

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO ____

TELEFONO 3106988206

Sv004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
EBRE AMARILLA OTE Nº (ida por 10 años)			
IEBRE TIFOIDEA			
Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
A	1ª	16 ENE 2013	300203501
	2ª	16-JUN-13	
	1ª		
	2ª		
(Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis DIFTERIA		
	2ª Dosis TETANOS		
	3ª Dosis TOSFERINA	16 ENE 2013	CAMBIAF
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m̂	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 05 de diciembre de 2018 07:42 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1024517821
Nombres y Apellidos	JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES		
Fecha de nacimiento:	07/05/1991		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	14/03/2017	Fiebre Amarilla	M5330	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	24/05/2018	Vaxigrip	R3B44	
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	29/11/2018	Sarampión -Rubéola	012M7202	UPA CANDELARIA LA NUEVA

Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Fiebre Amarilla				
Influenza				
Triple viral	Unica	27 ENE 2015	J 5481	Alberto
Rabia	1			
	2			
	3			

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

121305233

Nombre	MONTOYA MORALES JUAN SEBASTIAN		
Identificacion	CC 1024517821	Tel.	3106988206
Edad	28 Años 1 Mes 26 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

Fecha de recepcion:	13-dic-2019 3:58 pm
Fecha de impresion:	
Empresa	SEDE CALLE 49
Sede	PRINCIPAL
Fecha Validacion	14-dic-2019 8:40:00a.m.

Final

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G **Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA**	28.5		

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Borderline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor de 11.0

JEFERSON GRANJAS FRANCO
C.C 1.098.748.301
BACTERIOLOGO

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE **Metodo: Quimioluminiscencia**	322.0	mUI/ml	

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

GUMELI GINERIS RODRIGUEZ VELANDIA
CE 628406
BACTERIOLOGA

CAROLINA OBANDO HERNANDEZ
C.C 52.929.259
BACTERIOLOGA

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 • Tel. 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Sede Calle 85: Calle 85 No. 12-15 • Tel: 236 3768 • Fax: 257 2012
E-mail: info@laboratoriocolcan.com • www.laboratoriocolcan.com • Bogotá - Colombia

Resultado General -2025-02-02 4:49:13 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1024517821	JUAN	SEBASTIAN	MONTOYA	MORALES	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES identificado(a) con CC 1024517821 registra La siguiente información:

2025-02-02 4:49:13 PM

Información Académica

ESP	Local	MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA	2024-08-23	132915	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2016-08-08	11522	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA	2024-02-27	143234	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-110
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Montoya Morales	Nombres:	Juan Sebastian
N° de Documento:	1024517821	Edad:	33 años
Genero:	Mujer	Hombre	X
Profesión u ocupación:	Medico neurólogo	Número de contacto:	3106988206
Correo electrónico:			

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar:

Cargo al que aspira:

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?		
¿Validación contra el carné de vacunación?		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PERO QUE NO REALIZAN PROCEDIMIENTOS*

* Que por su labor atiende brotes, epidemias, etc. y tiene desplazamientos a los Establecimientos de Sanidad.
* Médicos auditores de concurrencia.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO /N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	✓	
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	✓	
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	✓	
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	✓	
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	✓	
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra 1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema	✓	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON **ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PERO QUE NO REALIZAN PROCEDIMIENTOS***

* Que por su labor atiende brotes, epidemias, etc. y tiene desplazamientos a los Establecimientos de Sanidad.
* Médicos auditores de concurrencia.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO /N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	

VII APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI		NO	

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Talya Corredor Peña

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certificó que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Juan M

Firma del aspirante

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

CONCEPTO PSICOLÓGICO

DATOS PERSONALES

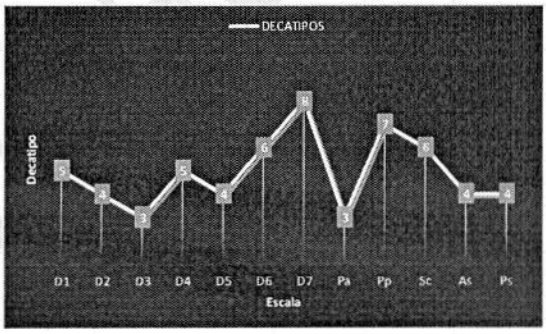
NOMBRE : JUAN SEBASTIAN MONTOYA
EDAD : 33 AÑOS
UNIDAD DESTINO : CRH
PROFESION : MEDICO NEUROLOGO
FECHA DE VALORACIÓN: ENERO DE 2025

RESULTADO PRUEBA PSICOLÓGICA.

ADULTAS

NOMBRE:	JUAN SEBASTIAN MONTOYA	**FECHA:**	29/01/2025
EDAD:	33	**CALIFICADOR:**	ANDREA MORALES

ESCALA	PUNTUACIÓN DIRECTA	DECATIPOS
D1	1	5
D2	0	4
D3	6	3
D4	7	5
D5	2	4
D6	10	6
D7	7	8
Pa	1	3
Pp	17	7
Sc	4	6
As	9	4
Ps	2	4



ESCALA DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN
ESCALA V	0

Se realiza entrega de consentimiento informado, donde se manifiestan los objetivos de la aplicación de Cuestionario de Análisis Clínico" (CAQ), con el fin de evaluar 12 variables clínicas de la personalidad. De igual manera se verifica información por medio de entrevista semiestructurada.

PERFIL PSICOLÓGICO: FAVORABLE

Los resultados arrojan un puntaje normal en la escala de veracidad considerándose válidos para el análisis. Los decatipos evaluados se ubicaron en el promedio en relación a los baremos identificados para su rango de edad.

Se da a conocer un perfil caracterizado por: Ser una persona satisfecha con la vida, con una actitud normal frente al riesgo y la excitación, no muestra tendencias paranoicas, no presenta rasgos marcados en cuento a conductas atípicas o de rechazo social sin motivos aparentes y no muestra tendencias a conductas obsesivas y/o comportamientos fóbicos u otros que impidan un adecuado funcionamiento en su entorno laboral.

La aspirante al cargo se encuentra orientada en tiempo, persona y espacio; APA adecuada, red de apoyo sólida, no presenta alteraciones en áreas de ajuste, cuenta con capacidad de adaptación, estrategias de afrontamiento y tolerancia a la frustración.

Teniendo en cuenta lo anterior, se da un concepto favorable a la profesional, ya que cuenta con un perfil psicológico adecuado para el funcionamiento del cargo al cual aspira.

Psicóloga
T.P. 123735

SMSM. Andrea Morales Guarín

Psicóloga Talento Humano CRH

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.517.821**

MONTOYA MORALES

APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN

NOMBRES

Juan M.

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1991**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-JUN-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00162723-M-1024517821-20090714 **00134**16903A 1 29054364

ANEXO G. DATOS GENERALES

Quien suscribe **JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES**, mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificada con la cédula de ciudadanía número **1.024.517.821** de BOGOTA, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad	JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES C.C. 1.024.517.821 de BOGOTA
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. [ ] Por incapacidad profesional. [ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba.

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

	Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: colpensiones
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante DISAN DMSOC
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Carrera 19 C # 86A-42 APTO 404
Teléfono fijo - Teléfono celular	3106988206
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: DAVIVIENDA Sucursal: BOGOTA No. de Cuenta: 004970272227 Ahorros [x] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: N/A Tel. Celular: 3106988206
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	juanmontoyase@hotmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Contratista N/A
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	N/A
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	N/A
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado _X_
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_x_ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (ADRES), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA _x_ NO APLICA__

	El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	soltero
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	N/A Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios – NIT tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [ ] Especifique: NO [X]
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos ( )

Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO _x__
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

Firma: Juan M

Nombres y Apellidos Completos: Joan Sebastian Montoya Morales

Numero de Documento: 1024517821 de Bogotá

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO NEUROLOGO **EN LA SECCIÓN DE** CONSULTA EXTERNA CRH.

Ante la opinión pública nacional e internacional, yo: por una parte, MEDICO NEUROLOGO **EN EL DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD**", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** - **DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por el contratista y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de

acuerdo con las leyes colombianas:

1. El contratista participante y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

A los oferentes les complace confirmar que:

a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El contratista comprende la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte del contratista participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. El contratista desarrollará sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.
3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.
4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.
5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será

seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:
   a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.
   b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.
   c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
   d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los sub-numerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los sub-numerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.
8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. El contratista declarará públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.
10. El DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.
11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El contratista participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE,** firman el presente documento en Bogotá, D.C., a los 12 días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2025).

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE.

CT. MARIA CAROLINA LAVAREZ GONZALEZ
JEFE DE CONSULTA EXTERNA CRH, Y/O QUIEN HAGA SUS VECES

OFERENTE:

NOMBRE	FIRMA
JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES	Juan M

PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **2025343004004805**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMGF-COLOG-BRLOG1-BASAN-CRH-TH -29.25

Bogotá, D.C, 10 de febrero de 2025

Asunto: Certificado de idoneidad Médico general ESM Centro de Rehabilitación Hospitalaria CRH

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios como Médico Neurólogo a JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES , identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.024.517.821 de Bogotá, que una vez verificados sus documentos educativos y realizadas las respectivas pruebas de conocimientos el aspirante cumple a cabalidad con las condiciones de idoneidad establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en el mes de febrero de 2025.

Claudia Carolina Ramirez M.
ODONTOLOGA ENDODONCISTA
Oficial del Ejército Nacional

Teniente Coronel CLAUDIA CAROLINA RAMIREZ MURILLO
Directora Establecimiento de Sanidad Militar Centro de Rehabilitación Hospitalaria

SV. Dianis Ricardo Gallego
Elaboro: Suboficial Talento Humano CRH

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL / DIRECCIÓN DE SANIDAD / DISPENSARIO MEDICO CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA adelanta la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como **MÉDICO NEUROLOGO** para apoyar a el área de rehabilitación.

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales.

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

1.1. EL CONTRATISTA no duplicará total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos, así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.
1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que, en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.
1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el

presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:

a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos que permita a terceros acceder a la información

1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá (FEBRERO) 2025

Juan M

JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES
CC 1024517821 de Bogotá

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
		Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
		Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: FEBRERO 2025 Acta No.
ESM: ESM CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Sección MEDICO NEUROLOGO

Tipo Vinculación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo: CONSULTA EXTERNA

Yo; JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES, identificado(a) con C.C. 1.024.517.821 de BOGOTA, me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Juan M

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c 1024517821

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

CERTIFICADO

Por medio del presente me permito certificar que el señor (a) que se relaciona a continuación, entrego el Estudio de Seguridad Personal a la oficina de seguridad, como parte de la nómina de prestadores de servicios contratados para la vigencia 2025 para el Centro de Rehabilitación Hospitalaria:

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	PROFESIÓN
JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES	1.024.517.821	MEDICO NEUROLOGO

Se entrega esta certificación a los 09 días del mes de febrero del año 2025

Respetuosamente,

Cabo Primero ALBARRACIN ATUESTA JESUS DAVID
Suboficial Seguridad Militar CRH

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **2025343004004847**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMGF-COLOG-BRLOG1-BASAN-CRH-TH -29.25

Bogotá, D.C, 9 de febrero de 2025

Asunto: Autorización del ESM Centro de Rehabilitación Hospitalaria

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios de MEDICO GENERAL el señor JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1024517821 de Bogotá. cumple a cabalidad con las condiciones de idoneidad establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en el mes de febrero de 2025.

Claudia Carolina Ramirez M.
ODONTOLOGA ENDODONCISTA
Oficial del Ejército Nacional

T.C CLAUDIA CAROLINA RAMIREZ MURILLO
Directora Establecimiento de Sanidad Militar CRH

SV. DIANIS RICARDO GALLEGO
Elaboro: Suboficial Talento Humano EMS

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **20253430040044908**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMGF-COLOG-BRLOG1-BASAN-CRH-TH -29.25

Bogotá, D.C, 9 de febrero de 2025

Señora Mayor
EMMANUHELA RESTREPO CELIS
Oficial Gestión Administrativa y Financiera
Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz"

Asunto: Requerimiento del Cargo del ESM Centro de Rehabilitación Hospitalaria

Con toda atención, me permito solicitar a la Señora Mayor Oficial Gestión Administrativa y Financiera Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz" la autorización para contratar un PROFESIONAL en MEDICINA ESPECIALIZADA EN NEUROLOGIA a la señor(a) JUAN SEBASTIAN MONTOYA MORALES , identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1024517821 de Bogotá en apoyo al área CONSULTA EXTERNA del Centro de Rehabilitación Hospitalaria, para llevar a cabo las actividades relacionadas en las etapas, tal y como se señala a continuación:

- Prestar el servicio de acuerdo cuadro de disponibilidad médica programado y establecido en atención a las necesidades de la institución Centro de Rehabilitación Hospitalaria y sus Satélites, o unidades de la brigada logística N° 1 en Bogotá.
- Atender un aproximado de 88 pacientes en el servicio asignado, según directiva Tiempos de Consulta.
- Entregar mensualmente con el cumplido, las planillas y soportes de pago de la seguridad social en los términos de ley (salud, pensión y ARL).
- Elaborar remisiones a aquellos pacientes que requieran un nivel de atención superior o un servicio que no se ofrezca en el establecimiento de sanidad militar de origen.
- Realizar historia clínica de acuerdo a la resolución 1995 del 1999 y/o normativa vigente.

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

- Solicitar exámenes y ayudas diagnosticas de acuerdo al cuadro clínico del paciente, enmarcados en el acuerdo del SSGFM.
- Realizar la prescripción médica en los formatos establecidos y los principios de pertinencia, oportunidad, celeridad, accesibilidad y seguridad, de acuerdo a normatividad vigente.
- Informar oportunamente al jefe inmediato sobre situaciones de emergencia o riesgo de los pacientes a su cargo.
- Diligenciar la Historia Clínica sistematizada (SALUD. SIS) según software y demás registros asistenciales de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999.
- Ejercer su oficio conforme a las buenas prácticas profesionales, dando cumplimiento a las guías, protocolos, manuales, instructivos e instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes, en las áreas de atención el cual sea asignada.
- Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones en el aplicativo designado y/o formato establecido. Los diagnósticos principales y secundarios deben quedar debidamente registrados con código CIE 10 en todos los formatos.
- Mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
- Durante los turnos Nocturnos (si hubiere) y fines de semana, El contratista deberá prestar sus servicios en Consulta Prioritaria y a su vez evolucionar los pacientes del servicio de recuperación del Centro de Rehabilitación.
- Conocer las normas, Leyes, Decretos, Acuerdos, Directivas, y demás regulaciones que rigen al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y dar correcta aplicación a las mismas, dentro del ámbito de su competencia.
- El profesional asignado en el servicio de Recuperación, una vez finalizada la evolución de los pacientes estará disponible para las actividades requeridas del Centro de Rehabilitación Hospitalaria y sus Satélites.
- Responder en forma oportuna y diligente, las peticiones, quejas y reclamos interpuestos por los usuarios, en cumplimiento al artículo 7 del capítulo 2 del Código Contencioso Administrativo y artículo 23, 87 de la Constitución Nacional.
- Formular los medicamentos establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar según el nivel de atención y realizar el diligenciamiento de las formulas médicas, de acuerdo a lo regulado en los Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares. EL CONTRATISTA responderá por cualquier formulación que no esté enmarcada en las normas citadas o sin el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Subsistema o sin la debida autorización por Comité Técnico Científico.
- Realizar rotación en las diferentes áreas y servicios de la institución de acuerdo a las necesidades y demanda de la misma.
- Participar en comités, revistas, campañas, jornadas, capacitaciones, brigadas y coordinar áreas relacionadas con las funciones inherentes a la labor, lo anterior de acuerdo a la necesidad de la entidad.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

- Realizar acompañamiento en el traslado de paciente en ambulancia a diferentes niveles de atención si el estado clínico del paciente así lo amerita.
- Realizar revisión, actualización y adherencia a las guías de manejo según las 5 primeras causas de consulta en el servicio asignado.
- Adherencia a las políticas instituciones del E.S.M (Política de calidad, Política de seguridad del paciente, Política ambiental y sanitaria, política de talento humano, política de humanización del servicio, política de salud y seguridad en el trabajo y política manejo de muestras de medicamentos.
- Dar cumplimiento a las disposiciones, directivas, circulares, protocolos, e instrucciones y políticas emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar.
- Diligenciar y notificar eventos de interés en salud pública de manera obligatoria según Decreto 3518/2006, así como la adherencia a protocolos.
- Realizar revisión, actualización y adherencia a las guías de manejo según las 5 primeras causas de consulta en el servicio asignado.
- Verificar con la Coordinación de Consulta Externa el cumplimiento en la atención del número de pacientes para el mes, si durante el mes no se ha completado el número de pacientes, en coordinación con el jefe del servicio de consulta externa, deben ser programados en las jornadas que se requieran, así mismo si el tiempo de atención cambia se ajustaran la cantidad de pacientes de acuerdo a lo protocolos para estén establecidos por el CRH.

A afectar de dar cumplimiento a los requerimientos del área; en razón a que no se cuenta con personal de planta suficiente para cumplir con las exigencias requeridas.

Lo anterior para los fines que esa dirección considere conveniente.

Capitán. MARÍA CAROLINA ALVAREZ GONZALEZ
Supervisor(a) contrato

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co