Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente



Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario



**Cargo**

**Título** Dr(a)

**Nombre** Luis David

**Apellidos** Mulford Granados

**Fecha de Nacimiento** 23/08/1999 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Usted pertenece a un grupo joven**

**Nivel Educativo** Universitaria completa (con título)

**Género** Hombre

**¿Tiene alguna discapacidad?** ○ Sí ◉ No

**Nombre y apellido** Luis David Mulford Granados

**Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

**Número de documento** 1083047588

**Dirección** Cra 29#24 c 60

**Código postal** 470001

**Estrato** 2

**Ubicación** Santa Marta

**País** COLOMBIA

**Correo electrónico** mulfordgranados@gmail.com

**Teléfono** 3015031665

**Celular** 3015031665

## Configuración

**Zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

**Idioma** Español (Colombia)

**Configuración regional** Spanish (Colombia)

## Seguridad de la información

**Pregunta de seguridad** ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

**Respuesta** carlos
3015031665

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-01-03
Fecha de vencimiento: 2027-01-03

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.083.047.588**

**MULFORD GRANADOS**

APELLIDOS

**LUIS DAVID**

NOMBRES

Luis Mulford

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1999**

**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**18-OCT-2017 SANTA MARTA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00949763-M-1083047588-20171026 0058274718A 1 49037879

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MULFORD GRANADOS LUIS DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.083.047.588** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de julio de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de enero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025010317202

STAMARTA, Enero 3 de 2025

Señor:
MULFORD GRANADOS LUIS DAVID
CC. 1083047588
CR 29 24C 60 SAN PEDRO ALEJANDRINO - 3015
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 3 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MULFORD GRANADOS LUIS DAVID | 1083047588 | C | Abr-3-2017 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| GRANADOS ROJAS BLANCA MARIA | 36541482 | C | Abr-3-2017 | 52 | 26 | PADRES | VIGENTE | | | Ninguna |
| MULFORD HOYOS LUIS DAVID | 4032110 | C | Abr-3-2017 | 52 | 26 | PADRES | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| CLINICA LA MILAGROSA SA | 1083047588 | Dependiente | VIGENTE |
| HOSPITAL REGIONAL LA CANDELARIA | 1083047588 | Dependiente | CERRADO |
| LUIS DAVID MULFORD GRANADOS | 1083047588 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| LUIS DAVID MULFORD GRANADOS | 1083047588 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| LUIS DAVID MULFORD GRANADOS | 1083047588 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2023-10-20
Fecha de vencimiento: 2025-10-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1083047588 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 03/01/2025 03:39 PM

Código Verificación: **FPC9VTJ3M7**

Válida hasta: **03/04/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C108304758800220096**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LUIS DAVID MULFORD GRANADOS**, identificado(a) con C.C. No. 1083047588 y T.P. o R.M. No. 1083047588 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 03 enero 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto.
con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2024-12-26
Fecha de vencimiento: 2026-12-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2024-12-28
Fecha de vencimiento: 2026-12-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-01-14
Fecha de vencimiento: 2027-01-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-01-01
Fecha de vencimiento: 2027-01-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2023-10-13
Fecha de vencimiento: 2025-10-13

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Libertad y Orden

*La República de Colombia*

*El Ministerio de Educación Nacional*
*y en su nombre el*

# Colegio María Auxiliadora

*Autorizado por la Secretaria de Educación Distrital,*
*Según Resolución de Aprobación No. 1269 del 09 de Septiembre del 2009*

*Confiere a:*

## Luis David Mulford Granados

*Identificado con Tarjeta de Identidad Nº 99082312540*

*El Título de:*

## Bachiller Académico

### Con Profundización en Humanidades

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al periodo lectivo 2015 del nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes*

Yolanda Martínez Salas
Rectora

*Anotado al Folio No. 018 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 018*

*Dado en Santa Marta (Magdalena), el veintiocho (28) de Noviembre de dos mil quince (2015).*

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994, y 2150 del 5 de diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.*

COLEGIO MARÍA AUXILIADORA
ESFUERZO AMOR ESTUDIO

Compuservis Ltda.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 11959 del 30 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 300 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 de 31 de Julio de 2002, otorgada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

# LUIS DAVID MULFORD GRANADOS

Cédula de Ciudadanía No. 1.083.047.588 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

# MÉDICO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 29 de julio de 2022

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 048 Registro No. 0474
Refrendado en Santa Marta el día 28 de julio de 2022

Director(a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Rangel
Secretario (a) General

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

Registros y Diplomas. Vanessa Llerena Betancour

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 591 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

# Acta Individual de Graduación No. 04-3784-2022

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | MEDICINA |
| CODIGO SNIES: | 3529 |
| FECHA GRADO: | 29 DE JULIO DE 2022 |
| LUGAR: | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA |

En atención a que LUIS DAVID MULFORD GRANADOS
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.047.588 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICO.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 011 en sesión del día 01 de julio de 2022.

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

| | |
|---|---|
| Rector(a): | MARITZA RONDON RANGEL |
| Director(a) de Campus: | ADRIANA SANTARELLI FRANCO |
| Decano(a) facultad: | SALIN RAMON TOUCHIE MEZA |
| Secretario (a) General: | GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS |

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 29 DE JULIO DE 2022

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

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

VIGILADA MINEDUCACIÓN

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Luis David Mulford Granados*

## *CC 1083047588 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2024-12-30
Fecha de vencimiento: 2026-12-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso **Fecha de consulta:** 30/12/2024

## Información paciente



**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE
**Empresa en misión:** PARTICULAR
**Nombre completo:** LUIS DAVID MULFORD GRANADOS
**Identificación:** CC: 1083047588
**Responsable:** El mismo paciente
**Acompañante:** Ninguno
**Cargo:** MEDICO GENERAL
**Fecha nacimiento:** 01/03/1997
**Edad:** 24
**Genero:** Masculino
**Estado civil:** Soltero
**Escolaridad:** Profesional
**Teléfono:**
**Dirección:** Magdalena, Santa marta,
**Nº hijos:** 0
**ARL:**
**EPS:** Salud Total EPS
**AFP:** Protección

## Exámenes analizados

- **Examen médico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

## Recomendaciones especificas

**Destinatario:** Empleado **Permanente:** No **Fecha inicial:**
**Fecha final:** **Duración:**
**Recomendación:**

**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

**NOTAS:**
**- SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19**

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009



**Pedro Francisco Manjarres Palacio**
**Profesión:** Medico especialista en sst
**Registro:** 70584



**Aspirante o trabajador**
LUIS DAVID MULFORD GRANADOS
**Identificación:** CC: 1083047588

El (la) suscrito(a) **Luis David Mulford Granados**identificado con C.C./C.E./P.P No. **1083047588** expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación,**Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)**)**, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a)de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, en el mes de enero de 2025.

Firma _____
Nombre Luis David Mulford Granados
Cédula _1083047588_____

COPIA CONTROLADA

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 | 2025-01-03 14:56 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LUIS | DAVID | MULFORD | GRANADOS |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1083047588 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
|---|---|

| 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 | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $0,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | SUBEGERENCIA CIENTIFICA | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | LUIS DAVID MULFORD GRANADOS | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | M | X | F | |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 1.083.047.588 | Santa Marta | 18/10/2017 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familiar | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | 1 | | | x | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 8 | 1999 | santa marta | cra 29 #24 c - 60 | santa marta | magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| mulfordgranados@gmail.com | 3015031665 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | x | Hogar | | Jubilado | | | | 8299 | 2022 | 1 | 1 |

| Descripción del CIIU |
|---|
| OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS NCP |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento | | | | | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C.C. | | | P.P | | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Clinica La milagrosa | Publica | | Privada | x | Mixta | | Otra, cual? | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Cl. 22 #13A - 09 | santa marta | el cundi | (605) 4351847 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales $3.000.000 | | | Total Egresos mensules $ 2.000.000 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | | | Otros Egresos Mensuales | | | | | |
| Total Activos: | | | Total Pasivos 1 moto | | | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? | SI | x | NO | | |

**Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?**

NO

**Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?**

NO

**Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:** SERVICIOS PROFESIONALES

SI

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: ARRENDAMIENTO DE SOFWARE DE HISTORIAS CLINICAS Y MANTENIMIENTO Y ASESORIAS EN SISTEMAS A IPS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



## 5. FIRMA Y HUELLA

**Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):**

**Nombre y Firma Oficial de cumplimiento**

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* |
|---|---|---|
| Mulford | Granados | Luis David |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1083047588**

*SEXO*: F ( ) M (x)

*NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 23 MES 08 AÑO 1999

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Cra 29 #24 c- 60, Barrio San Pedro Alejandrino

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3015031665 EMAIL mulfordgranados@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 11 AÑO 2015 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | | | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 12 | X | | MÉDICO | 07 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1083047588 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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 |
| INGLES | X | | | | X | | X | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CLINICA LA MILAGROSA | | x | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| (605) 4350847 | DÍA 10 MES 10 AÑO 2023 | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Médico de urgencias | | Cl. 22 #13A - 09 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| E.S.E HOSPITAL LA CANDELARIA | x | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Magdalena | El banco | hospitallacandelaria@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 4292245-4294408 | DÍA 16 MES 08 AÑO 2022 | DÍA 16 MES 08 AÑO 2023 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Medico rural | | # 90, Cl. 5a #618 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| INSECAR | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Magdalena | Santa Marta | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 300 2028756 | DÍA 06 MES 09 AÑO 2023 | DÍA 28 MES 11 AÑO 2023 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Medico general | | Av. El Libertador #15-61 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| Medico | 2 | 2 |
| | | |
| | | |
| | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



03/01/2025 Santa Martta D.T.C.H

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJÉRCITO NACIONAL**

**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

**C E R T I F I C A**

Que el señor LUIS DAVID MULFORD GRANADOS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1083047588, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | LUIS |
| Segundo Nombre: | DAVID |
| Primer Apellido: | MULFORD |
| Segundo Apellido: | GRANADOS |
| Tipo Documento: | Cédula de Ciudadanía |
| Número Documento: | 1083047588 |
| Razón para el estado: | Inscripción |
| Estado del ciudadano: | Registrado |

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 3 días del mes de Enero de 2025, a las 6:36:42 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

COMPROMISO
DEFINICION SITUACION MILITAR

Yo, LUIS DAVID MULFORD GRANADOS mayor de edad, vecino de esta ciudad, persona natural, identificado con cédula de ciudadanía número 1083047588 actuando en nombre propio y quien en adelante y para efectos de este compromiso se denominará el TRABAJADOR, me comprometo a:

PRIMERO: De conformidad con lo señalado en la Ley 1780 de 2016 y la Ley 1861 de 2017, me comprometo a presentar a mi empleador el certificado original que acredite tener definida mi situación militar, dentro del año siguiente a la firma del contrato de trabajo.

SEGUNDO: Que el incumplimiento del presente compromiso constituye falta grave a mis obligaciones y deberes y será meritoria de la terminación del contrato de trabajo con justa causa de conformidad a lo preceptuado en el artículo 62 del C.S.T., literal a), artículo 6).

En constancia, se suscribe el presente documento, a los 03 días del mes de ENERO de 2025.

EL TRABAJADOR

LUIS MULFORD_____

C.C. 1083047588

Santa marta D.T.C.H, enero 2025

Gerente:
**NORA ELVIRA ANILLO ROMERO**
**Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.**

Yo **Luis David Mulford Granados** identificado con la cedula de ciudadanía N. º 1083047588 de Santa Marta - Magdalena, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como **Medico General.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo administrativo, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,



**Luis David Mulford Granados**
**CC: 1083047588** de Santa Marta
**DIRECCION: Cra 29 #24 c - 60**
**TEL:** 3015031665
**CORREO ELECTRONICO:** mulfordgranados@gmail.com

# Datos Personales

| Tipo de Documento: | No. de Documento | Expedida en | | Fecha de Expedición: | Registro de Formulario |
|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | 1083047588 | SANTA MARTA | | 2017/10/17 | 14/01/2025, 02:15 p. r |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Foto | Ver foto |
| MULFORD | GRANADOS | LUIS | DAVID | Seleccionar archivo fot | Foto del proveedor |
| Sexo | Estado Civil | RH | Nacionalidad | | Otra |
| Hombre | Soltero(a) | O+ | Colombiano | SANTA MARTA | |
| Fecha de Nacimiento: | | Departamento de Nacimiento | | Municipio de Nacimiento | |
| 1999/08/23 | | MAGDALENA | | 877 | |
| Dirección de Residencia | | Departamento de Residencia | | Municipio de Residencia | |
| CRA 29 # 24 C - 60 | | MAGDALENA | | 877 | |
| Teléfono | | Celular | | Correo Electrónico | |
| 305031665 | | 3015031665 | | mulfordgranados@gmail.com | |

# RESOLUCIÓN Nº 136

(Del 16 de agosto de 2022.)

**Por medio del cualse hace un nombramiento por un año en el servicio social obligatorio en medicina."**

LA GERENTE DEL HOSPITAL LA CANDELARIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE EL BANCO, MAGDALENA; **en uso de sus facultades legales y,**

**C O N S I D E R A N D O.**

Que el Secretario de Salud del Departamento del Magdalena **JORGE BERNAL CONDE** consciente en la responsabilidad de propender por el cumplimiento efectivo de las políticas que en el orden de Salud, se han programado para el desarrollo técnico y científico de las empresas sociales del estado del orden departamental y por las facultades dadas por la resolución Nº 2358 de 2014, la resolución 1058 de 2010 y la ley 1164 de 2007, actos legales por medio de los cuales se crea el servicio Social Obligatorio entregan a las direcciones Departamentales de salud la Selección de profesionales para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio mediante sorteos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y se les delega a las direcciones Departamentales y Distritales la aprobación y renovación de las plazas para el cumplimiento del.

Que el profesional **LUIS DAVID MULFORD GRANADOS** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1.083.047'588. Expedida en Santa Marta Magdalena, ha sido seleccionado para la ejecución durante un año de su Servicios Social Obligatorio como **médico** en la ESE Hospital La Candelaria, la cual fue aprobada con el número de orden 96-M. y radicada en el libro de registros profesionales con el número 0010 del 2 de Enero de 1997. Código de plaza 4724500249011-3 identificación plaza No 3836.

Que el citado cargo se encuentra vacante.

Que por lo expuesto procede y.

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

**ARTICULO PRIMERO:** Nómbrese al profesional **LUIS DAVID MULFORD GRANADOS** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1.083.047'588. Expedida en Santa Marta Magdalena En el cargo de Medico en Servicio Social Obligatorio del Hospital la Candelaria del Banco Magdalena, desde el 16 de agosto del 2022, con horarios y disponibilidades de acuerdo a la necesidad del servicio, con una asignación mensual de, **CINCO MILLONES SETENTAY OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS ($5.078.554.oo)**

**ARTICULO SEGUNDO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**C O M U N I Q U E S E Y C U M P L A S E**

**Dada en El Banco, Magdalena, a los dieciséis (16) días del mes de agosto de 2022.**

**ZENAIDA MARIA ORTIZ HERAS**
GERENTE del Hospital La Candelaria E.S.E

ELABORO FRANCISCO PISCIOTTI PISCIOTTI PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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) LUIS DAVID MULFORD GRANADOS identificado(a) con CC 1083047588 registra La siguiente información:

2025-01-14-11:35:34 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2023-10-11 | 118960 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|MAGDALENA\|EL BANCO | 2022-08-16 | 2023-08-16 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14844266631

(415)7707212489984(8020) 000001484426663 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 3 0 4 7 5 8 8 | 4 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 3 0 4 7 5 8 8 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MULFORD | GRANADOS | LUIS | DAVID |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 29 # 24 C - 60 CA

42. Correo electrónico: mulfordgranados@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 4 7 0 0 0 7 | 3 0 1 5 0 3 1 6 6 5 | |

## 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 |
| 0 0 1 0 | 2 0 2 2 0 8 0 4 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MULFORD GRANADOS LUIS DAVID

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Clínica La Milagrosa S.A.
Puertas Abiertas para su Salud
NIT 800.067.515-1

ST-CER735379 SA-CER735375 SC-CER167284

Santa Marta, 13 de Enero de 2025

**LA JEFE DE TALENTO HUMANO**

**HACE CONSTAR:**

Que el señor **LUIS DAVID MULFORD GRANADOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.083.047.588** laboró en esta institución como **MEDICO GENERAL** con un contrato a término fijo inferior a un año, en los periodos y cargos comprendidos así:

| | |
|---|---|
| Del 25-10-2023 al 10-01-2025 | Medico General |

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

**MARJOLIA HABEYCH RUA**
Jefe de Talento Humano
marjolia.habeychh@zentria.com.co

# 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

LUIS DAVID MULFORD GRANADOS
CC 1083047588



MÉDICO
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta

GRADO: 29/07/2022
ReTHUS: 11/10/2023

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).
pars@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

## *QR DIGITAL*

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

| BIOLOGICO | DOSIS | FECHA | FABRICANTE Y LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 03-08-18 | AHA883E2A | Yenly Compla. |
| Hepatitis B + Hepatitis A | 2 | 4/9/18 | AH1663724 | Yenly Compla. |
| | 3 | 15-07-19 | AHA003904AJ | Belkys Moreno |
| Virus Papiloma Humano | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| BIOLOGICO | DOSIS | FECHA | FABRICANTE Y LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | UNICA | 2006-16 | M5010 | Paola Polo |
| Varicela | 1 | 10-02-17 | 5101472 | Paola Polo |
| Hepatitis A | 1 | 10-02-17 | C1986AB | Paola Polo |
| Influenza | 1 | 4/9/18 | | Paola Polo |
| VARICELA | 2D | 07/02/19 | R009270 | Yenly Compla. |
| VARICELA | 2D | 21-08-19 | S010476 MSD | Belkys Moreno |




Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Nombres: Luis David

Apellidos: Mulford Granados

Documento de identidad: C.C. X C.E. T.I. PASAPORTE
No. 1083047588

Fecha de Nacimiento: Dia 23 Mes 08 Año 1999

| BIOLOGICO | DOSIS | FECHA | FABRICANTE Y LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola Paperas | 1 | 20-06-17 | 013V2421 | Paola Polo |
| Toxoide Tétano Diftérico Td | 1 | 10-02-17 | C4986AE | Paola Polo |
| | 2 | 03-08-18 | 7094T | Jenifer Gonzalez. |
| | 3 | 04-02-19 | 7094TX | [illegible] Gonzalez |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| BIOLOGICO | DOSIS | FECHA | FABRICANTE Y LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |