Sampués- Sucre, febrero del 2025.

Doctora:

**STHEFANI PAULIN DE ARCE RICARDO**
Gerente Centro de Salud Sampués E.S.E.

**REFERENCIA: OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA.**

Respetada Doctora:

Me permito presentarle oferta de servicios- profesionales para desempeñarme en el **CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.**; para brindar mis servicios profesionales de enfermería en el servicio de consulta externa y urgencias en el centro de salud de Sampués, teniendo en cuenta mis conocimientos y experiencia.

Conozco y acepto los efectos de la contratación de prestación de servicios en cuanto a que no existirá subordinación en la ejecución del contrato y en consecuencia no habrá lugar a reconocimiento y pago de salarios, ni prestaciones sociales, teniendo en cuenta la independencia y autonomía técnica como contratista en el cumplimiento de mis obligaciones.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad de orden constitucional o legal para contratar con el **CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.**

Así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en conflictos de interés para contratar con el **CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.**



**MIGUEL ANGEL CASAS MONTES**

**CC: 1.100.684.458 DE SAMPUES**

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

# 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 |
|---|---|---|
| CASAS | MONTES | MIGUEL ANGEL |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.E. ○ PAS ○ No. 1100684458 | F ○ M ⊗ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 08 MES 11 AÑO 1986 | CALLE 18 K 23 86 CASA MILLAN VARGAS | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | SUCRE |
| DEPTO | CORDOBA | MUNICIPIO | SAMPUES | | |
| MUNICIPIO | CHINU | TELÉFONO | 3006987488 | EMAIL | brand1778gabriel@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 | | BASICA SECUNDARIA | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | IX° | FECHA DE GRADO | | | |
| | | | | | | | | | | | MES | 12 | AÑO | 2006 |

**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 NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | MEDICINA | 07 | 2018 | |

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 488 y 443 de 1998)

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

## 3 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<br>ESE HOSPITAL LA UNION | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>SUCRE | MUNICIPIO<br>LA UNION | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>8352915259 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 23 | Mes | 08 | Año | 2018 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO | DEPENDENCIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 N 8 A 99 AV. NUÑEZ | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE SAMPUES | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>SUCRE | MUNICIPIO<br>SAMPUES | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>2638169 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 06 | Mes | 01 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 21 24 37 | | | | | |

## 4 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: | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | | | | DIRECCIÓN | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 485 y 443 de 1998)

## 5 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 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 5 | 0 |

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

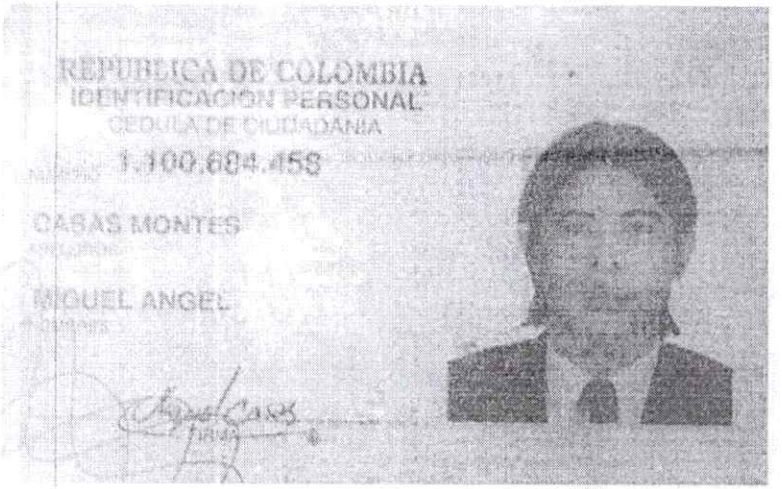
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 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*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.100.684.458
CASAS MONTES
MIGUEL ANGEL
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1986
CHINU
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
27-ENE-2006 SAMPUES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-2816000-62146161-M-1100684458-20060310 01267060690 02 174818173


La salud es de todos
COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
MIGUEL ANGEL CASAS MONTES
C.C. 1100684458
MEDICO
Universidad de Sucre
Sincelejo
Grado: 13/07/2018
Retiro: 02/02/2019


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
458
1ª LINEA 31 - DIC 2016
2ª LINEA 31 - DIC 2026
3ª LINEA 31 - DIC 2036

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

# LA UNIVERSIDAD DE SUCRE

CONFIERE EL TÍTULO DE

## MÉDICO

A

*Miguel Ángel Casas Montes*

C.C. No. 1.100.684.458 expedida en Sampués (Sucre)

EN ATENCIÓN A QUE CURSÓ Y APROBÓ LOS ESTUDIOS EXIGIDOS POR LAS NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS Y EN PRUEBA DE ELLO SE ENTREGA EL PRESENTE DIPLOMA

En Sincelejo, a los 13 días del mes de julio de 2018

RECTOR

DECANO(A)

SECRETARIO(A) GENERAL

Registrado al Folio No. 27 del Libro de Diplomas No. 8

04845

# UNIVERSIDAD DE SUCRE

**Sincelejo – Colombia**

Creada mediante Ordenanza 01 de 1977 y Reconocida por Resolución del MEN 1064 de 1995

## ACTA DE GRADO No.06

La **Rectoría** de la Universidad de Sucre, mediante Resolución No.0730 del 28 de junio de 2018

**CONSIDERANDO QUE:**

**MIGUEL ÁNGEL CASAS MONTES**
Cédula de Ciudadanía No.1.100.684.458 expedida en Sampués (Sucre)

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de:

**MÉDICO**

En nombre y representación de la Universidad de Sucre y de la República de Colombia y previo juramento de rigor, se le hizo entrega del Diploma No.04845 registrado en el Folio No.27 del Libro de Diplomas No.8.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Sincelejo, a los trece (13) días del mes de julio de 2018.

**ANTONIO HERRERA SUCCAR**
Rector (e)

**MARÍA LUCY HERNÁNDEZ CHADID**
Decana

**JEINY EMILIANI RUÍZ**
Secretaria General

Sabanasalud Sahagun S.A.S
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACIÓN TECNICA SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT. 39.096.470-2

# HACE CONSTAR QUE:

## MIGUEL ANGEL CASAS MONTES

## CC. 1.100.684.458

Asistio al curso de

# SOPORTE VITAL AVANZADO – A.C.L.S

Con una intensidad horaria de 30 horas

*Ley 115 de 1994 y el decreto 1075 del 2015 y el concepto 168054 del 28 de julio de 2022 del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal. Para Constancia de ello se firma en la Municipio de Sincelejo, Departamento de Sucre a los (09) dias, del mes de Mayo del año 2024*

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencias y C, Cronicos

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructor

ALBERTO ARROYO G
Rep . Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Cotesmag

Sabanasalud Sahagun SAS
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACIÓN TECNICA
SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT. 39.096.470-2

# HACE CONSTAR QUE:

## MIGUEL ANGEL CASAS MONTES

## CC. 1.100.684.458

Asistio al curso de

# MANEJO INTEGRAL EN SALUD DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

*Ley 115 de 1994 y el decreto 1075 del 2015 y el concepto 168054 del 28 de julio de 2022 del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal. Para Constancia de ello se firma en la Municipio de Sincelejo, Departamento de Sucre a los (07) dias, del mes de Mayo del año 2024*

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencias y C, Cronicos

HADER TOVIO CORREA
Psicólogo - Instructor

ALBERTO ARROYO G
Rep . Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Cotesmag

Sabanasalud Sahagun SAS
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACIÓN TECNICA SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT. 39.096.470-2

# HACE CONSTAR QUE:

## MIGUEL ANGEL CASAS MONTES

## CC. 1.100.684.458

Asistio al curso de

# ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Con una intensidad horaria de 20 horas

*Ley 115 de 1994 y el decreto 1075 del 2015 y el concepto 168054 del 28 de julio de 2022 del Ministerio de Educación Nacional – Educación informal. Para Constancia de ello se firma en la Municipio de Sincelejo, Departamento de Sucre a los (05) dias, del mes de Mayo del año 2024*

HADER TOVIO CORREA
Psicólogo - Instructor

TULIA BARBOZA
Enf - Instructor(a)

ALBERTO ARROYO G
Rep . Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Cotesmag

Sabanasalud Sahagun S.A.S
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACION TECNICA SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT. 39 096.470-2

# CERTIFICA QUE

## MIGUEL ANGEL CASAS MONTES

## CC. 1.100.684.458

Realizó el curso de

# EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Con una intensidad horaria de 20 horas

*Ley 115 de 1994 y el decreto 1075 del 2015 y el concepto 168054 del 28 de julio de 2022 del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal. Para Constancia de ello se firma en la Municipio de Sincelejo, Departamento de Sucre a los (08) dias, del mes de Mayo del año 2024*

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencias y C, Cronicos

ALBERTO ARROYO G
Rep . Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Cotesmag

Sabanasalud Sahagun S.A.S
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACION TECNICA SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT 39.096.470-2

# CERTIFICA QUE

## MIGUEL ANGEL CASAS MONTES

## CC. 1.100.684.458

Realizó el curso de

# AIEPI CLINICO

## Actualización del curso de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 30 días del mes de junio de 2023*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal - Vigencia (2) dos años*

TULIA BARBOZA
Enf - Instructor(a)

ALBERTO ARROYO G
Rep . Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Cotesmag

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

## *Miguel Angel Casas Montes*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Virus respiratorios emergentes, incluido el COVID-19: métodos de detección, prevención, respuesta y control**

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

23 de abril de 2020

Horas: 4

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=5ea1b4f1-30f4-4d18-8d59-af6fac1f1c2e

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Miguel Angel Casas Montes*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

25 de septiembre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=6512188e-8340-422d-9942-3145ac1f1c2e

CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.
Nit - 900208532-6
Cl. 21 No. 24-37 B. Millán - Tel: 283 8189

EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES - ESE

Hace constar

**MIGUEL ANGEL CASAS MONTES,** Identificado con la cédula de ciudadanía número 1.100.684.458 Expedida en Sampués, prestó sus servicios profesionales como Médico del Centro de Salud de Sampués – ESE durante el periodo comprendido del 6 de febrero de 2020 hasta el 30 de abril de 2023, manteniendo una vinculación Contractual de Orden Administrativo, por la Modalidad de Prestación de Servicios Profesionales.

**BRAULIO ACUÑA CASTELLAR**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141132200764

(415)7707212489984(8020) 000014113220076 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 0 0 6 8 4 4 5 8 | 8 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo 2 3 | |

## 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 1 0 0 6 8 4 4 5 8 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sampués 6 7 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASAS | MONTES | MIGUEL | ANGEL |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sampués 6 7 0 |

41. Dirección principal: CL 27 A 14 D 24

42. Correo electrónico: brand1778gabriel@gmail.com

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

## 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 8 0 8 0 2 | | | | | | |

### 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública | sigep II

# FORMULARIO ÚNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 de 1995)

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| Sin Entidad |

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MIGUEL ANGEL CASAS MONTES

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1100684458 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: SUCRE MUNICIPIO: SAMPUÉS

DIRECCIÓN: CALLE 18 K 23 86 CASA MILLAN VARGAS TELÉFONO: 3006987488

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| GABRIEL ADRIAN CASAS DE LA ROSA | 1100691032 | HIJO(A) |
| ANGEL ANDRES CASAS CORDERO | 1100697547 | HIJO(A) |
| LIGIA ESTHER MONTES BETTIN | 22048482 | MADRE |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME X PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 62.400.000 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | $0 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | $0 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $6.116.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|

c) En la actualidad SI NO Tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

YULI TATIANA CANTERO ROJAS DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N° 1102828030

C.C. X C.E. T.I.

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

| | |
|---|---|
| | SAMPUES SUCRE 21 DE NOV 2024 |
| FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | CIUDAD Y FECHA |

DAFP-DAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:25:48 PM horas del 17/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1100684458**

Apellidos y Nombres: **CASAS MONTES MIGUEL ANGEL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/02/2025 03:27:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1100684458 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **110695704** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 lunes 17 de febrero de 2025, a las 15:11:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1100684458 |
| Código de Verificación | 1100684458250217151102 |

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

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C110068445800212132**
**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) **MIGUEL ANGEL CASAS MONTES**, identificado(a) con C.C. No. 1100684458 y T.P. o R.M. No. 1100684458 del(a) Ministerio de Salud, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 17 febrero 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

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

# ReTHUS

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

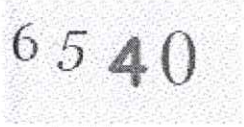
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1100684458

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1221

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2025-02-17→2:40:22 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1100684458 | MIGUEL | ANGEL | CASAS | MONTES | 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) MIGUEL ANGEL CASAS MONTES identificado(a) con CC 1100684458 registra La siguiente información:**

**2025-02-17→2:40:22 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Administrativo | | | |
| UNV | Local | MEDICINA | 2019-12-02 | 58510 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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

## SISPRO

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

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

## Contacto

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 264624205

PIB
15:36:51


Bogotá DC, 17 de febrero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MIGUEL ANGEL CASAS MONTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100684458:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1100684458 **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 17/02/2025 03:24 PM

Código Verificación: **HSUWLMZ1TJ**

Válida hasta: **18/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:14:30 horas del 17/02/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1100684458,** Apellidos y Nombres **CASAS MONTES MIGUEL ANGEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESESAMPUES**, con NIT **900208532-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Colombia compra eficiente · GOV.CO

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) MIGUEL ANGEL CASAS MONTES identificado(a) con CC 1100684458 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **01/09/2018** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **IPS SALUD INTEGRAL SAMPUES LIMITADA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para
**QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes defebrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.
**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1100684458 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | MIGUEL ANGEL CASAS MONTES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SAMPUES | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | CL 27A # 14D - 24 | TELÉFONO: | 2830000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4591654903 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/02/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9991730209 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 384.000 | $ 0 | $ 384.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 384.000 | $ 0 | $ 384.000 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS048 | MUTUAL SER EPS-S | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 58.500 | $ 58.500 | $ 0 | $ 0 | $ 58.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 58.500 | $ 0 | $ 0 | $ 58.500 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1100684458 | CASAS MONTES MIGUEL ANGEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.908.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| MUTUAL SER EPS-S | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 2.400.000 | $ 110068445 | $ 58.500 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 742.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MIGUEL ANGEL CASAS MONTES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.684.458**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

# HISTORIA CLINICA PREOCUPACIONAL

FECHA Y LUGAR DEL EXAMEN Chinú Mayo / 2026.

1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADO-DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE: Miguel Angel Cayas Montes CEDULA 1.100.686.458

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Chinú - 8 NOV / 1986 Edad 38A HIJOS 2

E. CIVIL U. libre ESCOLARIDAD Universitario

RESIDENCIA ACTUAL Cl 18 # 23-86 S/pués TELEFONO 3006987488

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION: ENERO / 2020 ENTE NOMINADOR Centro de Salud Fpsi

CARGO. Medico AREA: Salud

ESPECIALIDAD ACADEMICA: Medico general

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR: Medico de Consulta externa y Urgencias

FACTORES DE RIESGOS PRESENTES —

2. ANTECEDENTE

2.1. PERSONALES Y /O FAMILIARES

| ANTECEDENTES | P | F | ANTECEDENTES | P | F |
|---|---|---|---|---|---|
| Infecciosos | — | — | Enf. Neurológicas | — | — |
| Tuberculosis | — | — | Enf. De la mama | — | — |
| Otitis | — | — | Obesidad | — | — |
| Infecciones SNC | — | — | Enf. Gastrointestinal | — | — |
| Zoonosis | — | — | Otras enf Mayores | — | — |
| Hepatitis | — | — | Trast osteomusculares | — | — |
| Virosis | — | — | Quirúrgicos | + | + |

ZENUMED IPS LTDA
NIT. 812008484-6

# HISTORIA CLINICA PREOCUPACIONAL

| ANTECEDENTES | P | F | ANTECEDENTES | P | F |
|---|---|---|---|---|---|
| ENF. MAYORES CRONICAS | — | — | Asma o hiperreactividad. | — | — |
| Coagulopatias | — | — | Rinitis | — | — |
| EPOC | — | — | Dermatitis | — | — |
| Diabetes | — | — | Urticaria | — | — |
| Hipertensión | + | — | Otras | — | — |
| Infarto | — | — | ENFERMEDADES MENTALES | — | — |
| Angina de pecho | — | — | Psicosis | — | — |
| Cáncer | — | + | Neurosis | — | — |
| Colagenosis o autoinmunes | — | — | Tras. De Personalidad | — | — |
| Congénitas | — | — | TRAST. DE REFRACCION | — | — |
| Epilepsia | — | — | TRAUMATICOS | — | — |
| Varices en MII | — | — | Facturas | — | — |
| Enfermedades de piel | — | — | Luxaciones | | |
| Tiroides u otras endocrinas | — | — | Esguinces | — | — |

**2.2 A. GINECOOBSTETRICOS.**

MENARCA — CICLOS — F.U.M — DISMINORREA SI [—] NO [—]

¿ENFERMEDAD DE LA MAMA SI [—] NO [—] CUALES? —

FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA: — RESULTADO: —

GESTACIONES: — PARTOS: — ABORTOS: — MORTINATOS: — VIVOS —

FUP — PANIFICA SI [—] NO [—] METODO —

**2.3 ANTECEDENTES OCUPACIONALES**

| NOMBRE DE LA INSTUTUCION | SITIO DE TRTABAJO | FACTORES DE RIESGO/T EXPOSICION | USO DE EP | AT O EP |
|---|---|---|---|---|
| INSTITUCION ACTUAL | E.S.E Centro de Salud Sanpué | | | |
| INSTITUCION 1. | | | | |

| ZENUMED IPS NIT. 812008444-4 | HISTORIA CLINICA PREOCUPACIONAL |
|---|---|

**3.REVISION POR SISTEMAS**

Enfermedad actual SI ☐ NO ☒ todo Normal

DESCRIPCION BREVE _____

REVISION POR SISTEMAS.

| ORGANO O SISTEMA | SI | ORGANO O SISTEMA | SI | ORGANO O SISTEMA | SI |
|---|---|---|---|---|---|
| Cabeza | ✓ | Garganta | ✓ | Locomotor | ✓ |
| Ojos | ✓ | Cuello | ✓ | Neurológico | ✓ |
| Oidos | ✓ | Cardio-Respiratorio | ✓ | Piel y anexos | ✓ |
| Nariz | ✓ | Gastrointest | ✓ | | |
| Boca | ✓ | Genitourinario | ✓ | | |

**4. EXAMEN FISICO**

TALLA: 1.71 mts PESO: 83 Kilos P. ARTERIAL: 130/80 PULSO: 70x IMC_____

DOMINACIA: DIESTRO ☒ SINIESTRO ☐ AMBIDIESTRO ☐

| ORGANO O SISTEMA | | NORMAL | ANORMA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| Aspecto general | | OK | | |
| Cicatrices o tatuajes | | NO | | |
| Piel y faneras | | OK | | |
| Ojos | Parpados | OK | | |
| | Conjuntivas | OK | | |
| | Pupilas | OK | | |
| | Cornea | OK | | |
| | Fondo del ojo | OK | | |
| Oído | Pabellón | OK | | |
| | Conducto | OK | | |
| | Tímpano | OK | | |
| Nariz | Forma | OK | | |
| | Tabique | OK | | |

| ZENUMED IPS LTDA NIT. 812008444-6 | HISTORIA CLINICA PREOCUPACIONAL |
|---|---|

6.1 DIAGNOSTICOS: PERSONA SANA

Apta para laborar

6.2 RECOMENDACIONES: Ingresa al sistema de:

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VOZ [ ]

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR [ ]

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MENTAL [ ]

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta "

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:

Autorizo al medico abajo referenciada, a la realización de mi examen medico ocupacional de preingreso y paraclínicos requeridos según el cargo a desempeñar. se me ha entregado información clara del propósito del mismo y he comprendido sus beneficios, limitantes y riesgos, y lo he aceptado de manera voluntaria. también fui informado de las medidas que se tomaran para garantizar la confidencialidad de la información aquí asignada .de igual manera autorizo para tener acceso a mi historia clínica ocupacional y aquellos datos que se registran o que lleguen a ser registrado, tanto por conocimiento directo como por fotocopia total o parcial del documento; para que sea registrada a las entidades, personas o situaciones contempladas en la legislación vigente, la información aquí consignada.

Dr. ALFONSO E. COGOLLO O.
Especialista en Salud Ocupacional
Reg. 1617 - Córd.
C.C. 78.018.832

FIRMA DEL MEDICO
LICENCIA

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°



Powered by CamScanner

# Certificado
# Bancario

Viernes, 27 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MIGUEL ANGEL CASAS MONTES identificado(a) con CC 1100684458, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

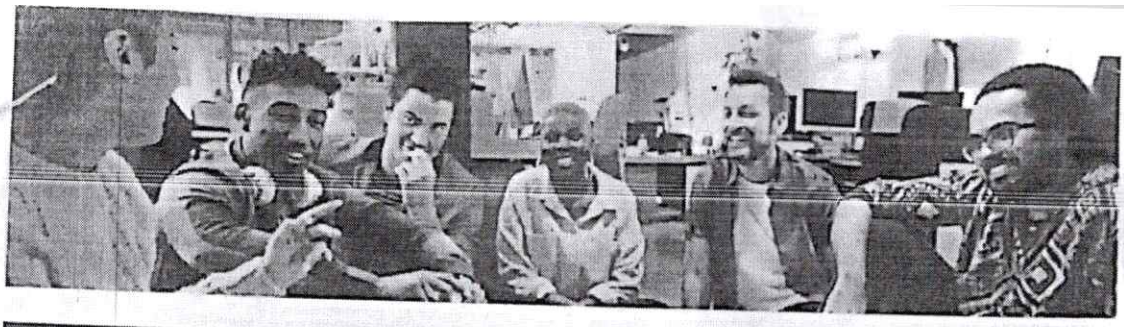
| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 55000011940 | 2018/11/08 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia



## INFORMACIÓN GENERAL

| Ciudad y fecha | Oficina radicación | N mero de cotización | Número de póliza | Documento |
|---|---|---|---|---|
| SINCELEJO, 2024-01-09 | 004 - PROMOTORA SINCELEJO | 03045296240104356164 | 013000676324 | EXPEDICIÓN RENOVACIÓN |

Vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2024-01-07 | Hasta las 24:00 horas del 2025-01-07 | Días de vigencia del seguro: 366

Moneda
COP

## ASESOR

| Nombre | Código |
|---|---|
| BUELVAS*NARVAEZ**KEYS FAYDITH | 34272 |

## TOMADOR

| Nombre | Tipo de identificació | N mero de identificació | Tomador principal | Calidad Tomador | Direcci n de correspondencia |
|---|---|---|---|---|---|
| MIGUEL ANGEL CASAS MONTES | CEDULA DE CIUDADANIA | 1100684458 | ✓ | En nombre propio | calle 27 # 14 b - 24 |

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE AGENCIAS DE EMPLEO

## RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

### ASEGURADO

| Nombre | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| MIGUEL ANGEL CASAS MONTES | CEDULA DE CIUDADANIA | 1100684458 |

### BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Otro Profesional De La Salud-Otra especialidad | Valor asegurado: $100.000.000

Fecha de retroactividad: 07/01/2020

| COBERTURA | SUBLÍMITE EVENTO | SUBLÍMITE VIGENCIA | DEDUCIBLE |
|---|---|---|---|
| Gastos de defensa por tribunal de ética médica | 10% | 10% | 0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Asistencia juridica telefonica | | | |
| Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Errores y Omisiones en Dictamenes periciales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Responsabilidad Civil profesional | $100.000.000 | $100.000.000 | 10% de la pérdida, mínimo $2.000.000 COP |

# CONDICIONES PARTÍCULARES

## Cláusulas

### Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

| VALOR A PAGAR DEL SEGURO | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL | $268.643 | $51.042 | $319.685 |



## ASESORES

| Código | Nombre del asesor principal | Líder |
|---|---|---|
| 34272 | BUELVAS*NARVAEZ**KEYS FAYDITH | ✓ |

# CONDICIONES GENERALES

## DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

| Solución | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de entidad | Tipo de documento | Ramo al cual pertenece | Identificación de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD | 2009-06-01 | 13-18 | P | 013 | F-01-13-064 |

# DEFINICIONES

## SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

## SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

## SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublímites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención"

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

## Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

**VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

| Tasa | Valor asegurado | Valor a pagar | Valor IVA | Valor total a pagar |
|---|---|---|---|---|
| 2.6864‰ | $100.000.000 | $268.643 | $51.042 | $319.685 |
| | | | **Valor total a pagar más IVA** | **$319.685** |

**VALOR A PAGAR DEL SEGURO**

| Solución | Valor a pagar | Valor IVA | Valor total a pagar |
|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD | $268.643 | $51.042 | $319.685 |

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: MIGUEL ANGEL CASAS MONTES Documento: CC 1100684458 Fecha Nacimiento: 08/11/1986 Fecha Generación: 31/05/2024

| Edad | Me protege de | Dosis | Tipo Esquema | Fecha de Aplicación | | | Laboratorio | Número de lote | IPS Vacunadora | Fecha próxima cita | | | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Dia | Mes | Año | | | | Dia | Mes | Año | |
| 12 meses | Fiebre amarilla | Única | PAI | 21 | 4 | 2017 | | M56051V | SINCELEJO IPS LA CAMPIÑA | 20 | 4 | 2027 | |
| | Triple Viral particular | Primera | Particular | 14 | 5 | 2024 | | A69FF702A | LIGA CONTRA EL CÁNCER SECCIONAL SUCRE | | | | TATIANA MARGARITA COHEN HOYOS |
| Sin rango de edad | COVID SinoVac | Primera | PAI Adicional | 3 | 3 | 2021 | Sinovac | A2021010044 | CENTRO DE SALUD DE SAMPUES SUCRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 31 | 3 | 2021 | DIANA MARIA SALAZAR HERRERA |
| Sin rango de edad | COVID SinoVac | Segunda | PAI Adicional | 31 | 3 | 2021 | Sinovac | E202102012 | CENTRO DE SALUD DE SAMPUES SUCRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 28 | 4 | 2021 | DIANA MARIA SALAZAR HERRERA |
| Sin rango de edad | Hepatitis A Adultos particular | Primera | Particular | 14 | 5 | 2024 | | W3C364V | LIGA CONTRA EL CÁNCER SECCIONAL SUCRE | 14 | 11 | 2024 | TATIANA MARGARITA COHEN HOYOS |
| Sin rango de edad | Hepatitis B Adultos | Primera | PAI Adicional | 1 | 12 | 2009 | | vu809004 | EPS COMFASUCRE | 29 | 11 | 2019 | YOLIMA PEREZ |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | PAI Adicional | 24 | 4 | 2020 | | V50220006 | SAMPUES ESE CENTRO DE SALUD LU | 22 | 5 | 2020 | Diana Maria Salazar Herrera |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | PAI Adicional | 10 | 6 | 2022 | Green Cross | V50222002 | CENTRO DE SALUD DE SAMPUES SUCRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | | | DIANA MARIA SALAZAR HERRERA |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | PAI Adicional | 27 | 4 | 2024 | Serum | 2333Q012B | CENTRO DE SALUD DE SAMPUES SUCRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | 25 | 4 | 2033 | DIANA MARIA SALAZAR HERRERA |