| | | | |
|---|---|---|---|
| | ARMADA NACIONAL<br>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL | | |
| | PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO | | |
| | LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
| | Versión: 8.0 | Fecha: 12/01/2022 | Página: 1 de 2 |

NOMBRE COMPLETO: Miguel Andres Franco Contreras

IDENTIFICACIÓN: 73203965

OBJETO CONTRATO: Medico Internista

| Nº | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| 1 | Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando:<br>-No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual<br>-Cumple con la idoneidad o experiencia requerida<br>-Estado del estudio seguridad del aspirante a contratar, en caso de estar en trámite se debe informar a SAF el resultado final | ✓ | |
| 2 | Estudio Previo acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual | | |
| 3 | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) | | |
| 4 | Solicitud de Oferta acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual | | |
| 5 | **Formato Único Hoja de Vida Persona Natural** - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co) | ✓ | |
| 6 | Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de Diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.) | ✓ | |
| 7 | **Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas** – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) | ✓ | |
| 8 | Fotocopia Cédula de Ciudadanía (ambos lados) | ✓ | |
| 9 | Fotocopia Libreta Militar (Si aplica) | ✓ | |
| 10 | **Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional** con fecha de expedición no superior a 30 días (www.antecedentes.policia.gov.co) | ✓ | |
| 11 | **Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años,** con fecha de expedición no superior a 30 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad). | ✓ | |
| 12 | Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. no superior a 30 días | ✓ | |
| 13 | **Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación**, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.procuraduria.gov.co) | ✓ | |
| 14 | **Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal** expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 30 días (www.contraloria.gov.co) | ✓ | |
| 15 | Fotocopia Diploma Bachiller o Acta de Grado. | ✓ | |
| 16 | Fotocopia Diploma o Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos.<br>(Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos) | ✓ | |
| 17 | Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales.<br>(Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales) | ✓ | |
| 18 | Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización.<br>(Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados) | ✓ | |
| 19 | Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique). | ✓ | |
| 20 | **Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).** (Si Aplica)<br>*Nota: "Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.* | ✓ | |
| 21 | Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar **Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo** expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitup ocupacional del área de la salud correspondiente. *(Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS).*<br>*Nota: El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.* | | |

| Nº | DOCUMENTO | VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| 22 | **Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente** (Aplica para el personal asistencial de los servicios de consulta externa, atención prioritaria, urgencias y hospitalización). | ✓ | |
| 23 | **Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente** (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias). | | |
| 24 | **Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018)** Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología. | | |
| 25 | **Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias y traslado asistencial básico). | ✓ | |
| 26 | **Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y servicio de urgencias). | ✓ | |
| 27 | **Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio). | | |
| 28 | **Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente.** (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia). | | |
| 29 | **Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas).** (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM). | | |
| 30 | **Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo vigente.** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Médicos Anestesiólogos, Médicos Cirujanos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo). | | |
| 31 | **Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente.** (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC) | | |
| 32 | **Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente** (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino) | | |
| 33 | **Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente** (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización). | | |
| 34 | **Certificado gestión del duelo vigente** (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC). | | |
| 35 | **Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente** (Personal asistencial del servicio de vacunación). | | |
| 36 | **Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente** (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC). | | |
| 37 | Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días. | ✓ | |
| 38 | Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 30 días. | ✓ | |
| 39 | Copia del Carnet de Vacunación del aspirante<br>(Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA Código: MDN-COGFM-PTOATH-DIGSA-PT-95.1-18-V3)<br>Verificación (www.PAI.web (A Nivel Nacional) –www.PAI2.0 (Bogotá D.C.) | ✓ | |
| 40 | Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST. | ✓ | |
| 41 | **Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural** | ✓ | |
| 42 | Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días. | ✓ | |
| 43 | Fotocopia de formato datos básicos beneficiario cuenta SIIF diligenciado. | ✓ | |
| 44 | Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista. | ✓ | |

Nota: Los documentos que NO se requieran para el objeto a contratar, registrar "No Aplica" en la Columna de Verificación.

| | |
|---|---|
| C. Alfaro Cuen R | |
| Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos | Grado y Nombre del Subdirector Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM |

Ciudad y fecha de verificación: _____

No. 20260032190084003 / MDN-COGFM-COARC-SECAR- LINEA DE MANDO-COD TRD

Bogotá D.C. 09-01-2026

Señora Teniente de Fragata
KAREN BARRETO DUQUE
Jefe División Logística Dispensario Médico Nivel I Bahía Málaga
Base Naval Logística N° 2
Buenaventura, Valle del Cauca

Asunto: Certificado de inexistencia de personal

El suscrito Jefe de Talento Humano del Dispensario Médico Nivel II Buenaventura, con sede en el Distrito Especial de Buenaventura, hace constar que esta unidad no cuenta con el personal suficiente para desarrollar las actividades propias de atención y valoración por la especialidad de MEDICINA INTERNA, teniendo en cuenta que la demanda del servicio no es cubierta de acuerdo a la necesidad planteada en la atención de los usuarios adscritos al Dispensario Médico Nivel II Buenaventura.

Lo anterior en concordancia con literal h numeral 4 del Art. 2 de Ley 1150/07

Atentamente,

Suboficial Primero GUERRERO CARRILLO JORGE ANDRES
Jefe de Talento Humano Dispensario Médico Nivel II Buenaventura

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* |
|---|---|---|
| *FRANCO* | *CONTRERAS* | *MIGUEL ANDRES* |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 73.203.865

*SEXO*: F ( ) M (X)

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

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 73203865 D.M ____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 21 MES 12 AÑO 1983

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*: *CARRERA 2 # 3 -25 APTO 1402*

PAÍS *COLOMBIA* DEPTO *VALLE DEL CAUCA*

MUNICIPIO *VALLE DEL CAUCA*

TELÉFONO *3147138008* EMAIL *iguelfra ncocontreras@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*

| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11X |
| | | | | | | | | | | |

*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO

*FECHA DE GRADO:* MES 12 AÑO 2000

***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 | | MEDICO | 08 | 2007 | 73203865 |
| ES | 4 AÑOS | X | | MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 03 | 2022 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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*<br>*CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*VALLE DEL CAUCA* | *MUNICIPIO*<br>*BUENAVENTURA* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*info@clinicasantasofia.com* | |
| *TELÉFONOS*<br>*602-22421880* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 21 MES 06 AÑO 2023 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>*MEDICO INTERNISTA* | *DEPENDENCIA*<br>*MEDICINA INTERNA* | | *DIRECCIÓN*<br>*CARRERA 47 #42* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>*UNIMEDICAS* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*VALLE DEL CAUCA* | *MUNICIPIO*<br>*BUENAVENTURA* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*INFO@UNIMEDICASIPS.COM* | |
| *TELÉFONOS*<br>*602-6978067* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 10 MES 02 AÑO 2024 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>*MEDICO INTERNISTA* | *DEPENDENCIA*<br>*MEDICINA INTERNA* | | *DIRECCIÓN*<br>*CALLE 4 # 5ª - 25* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

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* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 2 | 7 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 2 | 7 |

## 5 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 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* *BUENAVENTURA 07/01/2026*



*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*

Nit. 900228989-3

EL SUSCRITO DIRECTOR ADMINISTRATIVO A PETICIÓN
DEL INTERESADO

HACE CONSTAR

Que el Doctor, **MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS,** Identificado con la cédula de ciudadanía No. 73.203.865 de Cartagena, se encuentra vinculado a esta entidad mediante el ***CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES S.E.B 013-2023,*** contrato que se encuentra **VIGENTE** a la fecha, desarrollando el objeto contractual como **MÉDICO INTERNISTA** en las instalaciones de la **CLINICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S.**

El Doctor **MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS** percibe por concepto de **HONORARIOS** los ingresos que se relacionan a continuación:

| MODALIDAD CONTRACTUAL | FORMA DE PAGO |
|---|---|
| PAQUETE No 1 | **VALOR PAQUETE UN MILLÓN DE PESOS ($1.000.000) DÍA** que incluye atenciones en urgencias y hospitalización y seis (6) pacientes de consulta externa. |
| PAQUETE No 2 | **VALOR PAQUETE UN MILLÓN DE PESOS ($1.000.000) DÍA SOLO CONSULTA POR FUERA DE LA SECUENCIA.** Incluye 36 pacientes de consulta externa. |

La presente constancia se expide en la ciudad de Buenaventura a los CINCO (14) días del mes de marzo del año 2025.

Atentamente,

**DANIEL ADOLFO PARRA LIZCANO**
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
**CLINICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S.**

SIGEP II FUNCIÓN PÚBLICA

# FORMULARIO UNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
# Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 DE 1995)

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 73.203.865 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País: COLOMBIA | Departamento: VALLE DEL CAUCA | Municipio: BUENAVENTURA

Dirección: Cra 2 No 3-25 Apartamento 1402 Edificio vista mar | Teléfonos: 3147138008

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JOSE MIGUEL FRANCO MARTINEZ | 19,347,660 | PADRE |
| GLADYS DEL CARMEN CONTERAS SALAZAR | 45.423.528 | MADRE |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION X 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 | 18.000.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| TOTAL | $ 18.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | ahorros | 56300199751 | Cartagena | $ 500.000 |
| BBVA | | | | $ 300.000 |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| BBVA | CREDITO | $ 90.000.000 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| No aplica | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| No aplica | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | | N° |
|---|---|---|---|---|
| ANDREA FERNANDA MARIÑO QUINTERO | C.C. X | C.E. | T.I. | 52.992.459 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

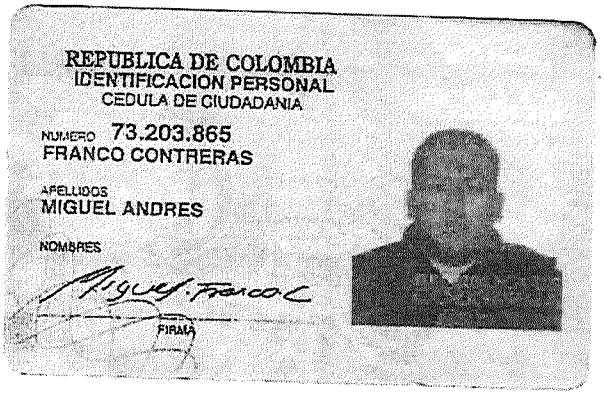
Miguel Franco C.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Buenaventura 18/12/2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 73.203.865
FRANCO CONTRERAS

APELLIDOS
MIGUEL ANDRES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1983
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-DIC-2001 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00347551-M-0073203865-20111129 0028552170A 1 1301609871

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
Tarjeta de Reservista Primera Clase

73203865

PERTENECE A LA RESERVA DE:

| 1A. LINEA | 2A. LINEA | 3A. LINEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC. 2013 | 31 - DIC. 2023 | 31 - DIC. 2033 |



APELLIDOS Y NOMBRES

**FRANCO CONTRERAS**

**MIGUEL ANDRES**

UM **CMBOL** ESP: Mil **FUSILERO**

PROFESION BACHILLER

Powered by CamScanner

# FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleados públicos o privados.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos.
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión.
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada.
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad.

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

José L. Bermúdez Sarmien

**TC. JOSE L. BERMUDEZ SARMIEN**

Teniente Coronel

CDTE DE ZONA

**7320365**

**0479513**

**10-MAY-2007**

Powered by CamScanner

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:43:44 AM horas del 16/12/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **73203865**
Apellidos y Nombres: **FRANCO CONTRERAS MIGUEL ANDRES**

**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.

Volver al Inicio

# 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 12:12:17 horas del 16/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **73203865,**
Apellidos y Nombres **FRANCO CONTRERAS MIGUEL ANDRES**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ARMADA NACIONAL**, con NIT **800141658-2** 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.

Imprimir

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/12/2025 12:01:43 p. m. para **- NIT, sin digito de verificación:** Nº. **73203865**

## 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. **130187362** . 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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 286310389

PIB
12:23:59


Bogotá DC, 16 de diciembre 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 ANDRES FRANCO CONTRERAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 73203865:

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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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.**

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 jueves 18 de diciembre de 2025, a las 10:43:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 73203865 |
| Código de Verificación | 73203865251218104346 |

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

# Acta Individual de Grado

## Colegio Naval Militar "Abolsure"

Barrio Paraguay, Av. Acueducto No. 44A-221
Teléfonos 6690100 - 6690111 - 6690209 - 6722377 - 6741767
Cartagena de Indias D.T. y C.

DANE 313001-05567
ICFES 040378

En la Ciudad de Cartagena de Indias D.T. y C., al 1º del mes de diciembre del año 2000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector General y Secretaria Académica en la Rectoria del

## Colegio Naval Militar "Abolsure"

Institución aprobada hasta el año 2001 en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura Distrital de Cartagena, para otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO
con Orientación Militar

según Resolución No.349 del 19 de Noviembre de 1997 y Resolución No. 074 del 7 de Enero de 1987 del Ministerio de Defensa Nacional.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedio a otorgar el Título de:

## Bachiller Académico
con Orientación Militar

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

## Miguel Andrés Franco Contreras

T.I. No. 831221-30544 de Cartagena

Es fiel copia tomada del Acta General No. 16 de fecha 1º de Diciembre de 2000 que consta de (199) alumnos que comienza con el nombre de
ACEVEDO BERRIO JOSE MANUEL
y se cierra con el nombre de
ZETIEN LUNA JORGE LUIS

Firmada y Sellada por Lic. ORLANDO HIGUERA CÁRCAMO Rector General
y MARÍA DEL CARMEN VELÁSQUEZ CASTELLÓN Secretaria Académica.

**Dada en Cartagena de Indias, D.T. y C., a 1º de Diciembre de 2000**

El Diploma y el Acta de Grado estan exentos del registro en la secretaria de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 del M.E.N.

Firmada y Sellada

Colegio Naval Militar Abolsure Rectoría

LIC. ORLANDO HIGUERA CARCAMO
Rector General
C.C. No. 7.414.273 de Barranquilla

Colegio Naval Militar Abolsure Secretaría General

MARIA DEL C. VELÁSQUEZ CASTELLÓN
Secretaria Académica
C.C. No. 45.476.785 de Cartagena

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

# ACTA DE GRADO N° 011

En la ciudad de Cartagena a los Dieciocho (18) días del mes de Agosto de dos mil siete (2007), se realizó la graduación por Ceremonia Solemne a solicitud del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud a la Rectoría, quien autorizó el acto, mediante Resolución N° 067 del 09 de Agosto de 2007 por medio de la cual, otorga de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Institución, el título de **MÉDICO** al Estudiante **MIGUEL ANDRÉS FRANCO CONTRERAS** portador (a) de la Cédula de Ciudadanía N°. 73.203.865 expedida en Cartagena (Bolívar) a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de **MÉDICO** según las disposiciones vigentes.

Este Duplicado es fiel copia del original, para constancia se firma la presente acta a los 09 días del mes de junio de 2014.

ROLANDO BECHARA CASTILLA
Rector

CLAUDIA PARDO SCHOTBORGH
Secretaria General

CLAUDIA L. MARÍN RESTREPO
Director Escuela de Medicina



0002771

Scanned with CamScanner

# República Argentina

# Universidad del Salvador

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad de Medicina

Por cuanto: Miguel Andres Franco Contreras (D.N.I. 95.449.488)

natural de República de Colombia ha terminado el 12 de marzo de 2024

los estudios correspondientes a la carrera de Especialización en Cardiología.

Por tanto de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad le expedimos el presente título de Médico Especialista en Cardiología.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires 10 de diciembre de 2024

Daniel Francisco Martínez
Decano

Mercedes Pombo
Secretaria Académica

Graduado

Carlos Ignacio Salvadores de Arzuaga
Rector

Marta Elizabeth Martínez
Secretaria General

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

Nº Registro 1789/2024 - Libro RD-6 Folio 60

**Dirección Nacional de Gestión Universitaria**
**Departamento de Certificación de Títulos**

FRANCO CONTRERAS, Miguel Andres
DNI - 95449488
USAL - Resolución Ministerial Nro. 4086/17

Diploma

Ministerio de Capital Humano
Secretaría de Educación
Subsecretaría de Políticas Universitarias
Argentina

000001717814

Eduardo Luis Luna
Director de Títulos

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
SECRETARÍA GENERAL

GP - Nº 0224 / 24

Scanned with CamScanner

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

**Apostilla de La Haya**

**Número:** CE-2025-37004166-APN-DTD#JGM

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 9 de Abril de 2025

**Referencia:** Apostilla. Verificar en| Verify at| Vérifier sur: www.argentina.gob.ar/legalizacion-internacional

| APOSTILLE<br>**(Convention de la Haye du 5 de octobre 1961)** | |
|---|---|
| 1. País |*Country* |*Pays*: ARGENTINA | |
| El presente documento público |*This public document* |*Le présent acte public* | |
| 2. Ha sido firmado por |*Has been signed by* |*A été signé par*: JOHANNA ACOSTA - FIRMA DIGITAL | |
| 3. Quien actúa en calidad de |*Acting in the capacity of* |*Agissant en qualité de*: FUNCIONARIO HABILITANTE | |
| 4. Y está revestido del sello/timbre de |*Bears the seal/stamp of* |*Est revêtu du sceau/timbre de*: MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO - SECRETARIA DE EDUCACION - SUBSECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS | |
| **Certificado** |*Certified* | *Attesté* | |
| 5. En |*At* |*A*: CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES | 6. El día |*The* |*Le*: 09/04/2025 |
| 7. Por |*By* |*Par*: Colegio de Escribanos de la Ciudad de Buenos Aires | |
| 8. Bajo el Número |*N°* |*Sous N°*: 2503200006414 | 9. Sello/Timbre |*Seal/Stamp* |*Sceau/Timbre*: 4500 |
| 10. Firma |*Signature* |*Signature*: DEYMONNAZ, MARIA CRISTINA | |

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público está revestido. Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió. No es válido el uso de esta Apostilla en la República Argentina.
This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued. This Apostille is not valid for use anywhere within República Argentina.
Cette apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu. Cette apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise. L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable en/au Argentina.

**Tipo de documento apostillado** |*Type of document* |*Type de document*: CERTIFICADO CON FIRMA DIGITAL
**Titular** |*Holder* |*Titulaire*: FRANCO CONTRERAS, MIGUEL ANDRES
**Observaciones** |*Observations* | *Observations*:

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2025.04.09 12:23:31 -03:00

WALTER LEONEL VEGA - 20346828510
en representación de
COLEGIO DE ESCRIBANOS - 30526499456

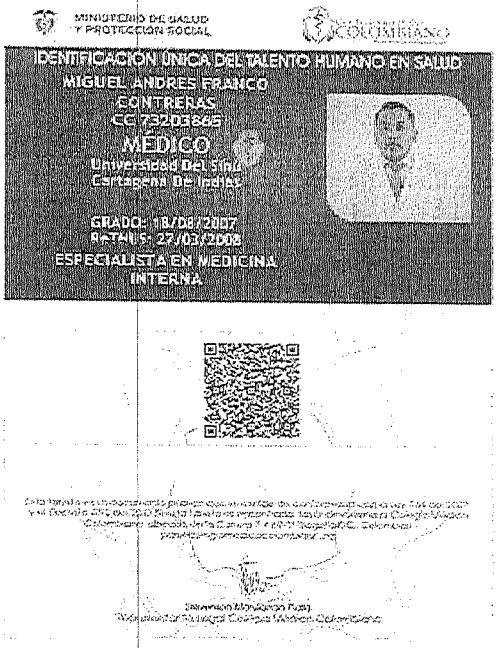
Digitally signed by DEYMONNAZ Maria Cristina
Date: 2025.04.09 12:28:37 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

MARIA CRISTINA DEYMONNAZ
27102037184
-

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2025.04.09 12:28:40 -03:00

Scanned with CamScanner

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL




QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Resultado General -2025-12-16--4:03:15 PM

| Tipo de Identificación | No. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 73203865 | MIGUEL | ANDRES | FRANCO | CONTRERAS | 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 ANDRES FRANCO CONTRERAS identificado(a) con CC 73203865 registra la siguiente información:

2025-12-16--4:03:15 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Registro Grado o Acta Administrativa | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| ESP | Extranjero | Medicina Interna | 2022-09-14 | 107912 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| ESP | Extranjero | Cardiología | 2025-11-19 | 146460 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV | Local | MEDICINA | 2008-03-27 | 852 | 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\|VICHADA\|PUERTO CARREÑO | 2007-09-14 | 2008-03-14 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|VICHADA\|PUERTO CARREÑO | 2007-09-14 | 2008-03-27 | 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).

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Miguel Andres Franco Contreras*

## *CC 73203865 de Cartagena*

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: 2025-12-18
Fecha de vencimiento: 2027-12-18

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

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Miguel Andres Franco Contreras*

## *CC 73203865 de Cartagena*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-12-16
Fecha de vencimiento: 2027-12-16

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

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Miguel Andres Franco Contreras*

## *CC 73203865 de Cartagena*

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

Verificación:

Fecha de emisión 2024- 10- 27
Fecha de vencimiento: 2026- 10- 27

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

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**La EPS Suramericana S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**,

## CERTIFICA

Que **Miguel Andres Franco Contreras** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **73203865,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 73203865 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Miguel Andres Franco Contreras |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 13/06/2023 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 122 |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO | 47 |

Generado por tanipema 18/12/2025

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS identificado(a) con C.C No. 73.203.865, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de diciembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

| | | |
|---|---|---|
| DIGSA | MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL<br>COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES<br>DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR<br>SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA<br>GRUPO DE TALENTO HUMANO | Formato Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA<br>Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-108-V1<br>Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. |

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación de las vacunas descritas en el cuadro ya que el profesional no se las ha administrado por desabastecimiento en la ciudad.

Fecha:

Tipo de vinculación: Planta [ ] OPS [X] Tercerización de servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [ ] DISAN ARC [X] JEFSA FAC [ ]

ESM: Dispensario Médico Nivel II Buenaventura

Yo; MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No: 73203865, me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

| VACUNA | GENERO | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN - N/A |
|---|---|---|---|
| Influenza Estacional | MASCULINO | UNICA | 30/4/2026 |

La presente se firma en: Buenaventura a los 19 días del mes de diciembre del año 2025.

Firma del aspirante:

Miguel. Franco. C

Observaciones SST: NINGUNA

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.

Grado. Nombre completo:
**Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.**

Firma Líder de **Vacunación del centro de trabajo.**

SI Correa Santos Magaly

SI Correa Santos Magaly
Enfermera Militar

Grado. Nombre completo:
**Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de vacunación del centro de trabajo.**

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

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

| DIGSA | | |
|---|---|---|
| | PROCESO | Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST. |
| | Formato | requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos DIGSA |
| | Código | MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-109 |
| | Vigente | Agosto de 2023 |

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

## I. DATOS PERSONALES

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos: | FRANCO CONTRERAS | | Nombres: | | MIGUEL ANDRES |
| N° de Documento: | 73203865 | | Edad: | | 43 |
| Genero: | Mujer | | Hombre | X | |
| Profesión u ocupación: | MEDICO INTERNISTA | | Número de contacto: | | 3147138008 |
| Correo electrónico: | MIGUELFRANCOCONTRERAS@GMAIL.COM | | | | |

## II. DATOS LABORALES

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

| DIGSA | | DISAN EJC | | DISAN ARC | | JEFSA FAC | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BUENAVENTURA

Cargo al que aspira: MEDICO INTERNISTA

## III. TIPO DE VINCULACIÓN

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

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

## IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

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

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

## V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS*

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

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

| VACUNA | GENERO | OBSERVACIÓN | DOSIS | CUMPLE SI / NO / N/A | FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis A | Hombre/Mujer | Ninguna | 1ra | SI | 22/05/2016 |
| Hepatitis B | Hombre/Mujer | Ninguna | 1ra | SI | 30/08/2019 |
| | | | 2da | SI | 30/09/2019 |
| | | | 3ra | SI | 9/01/2020 |
| | | | 1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema | | |
| Toxoide Tetánico y Diftérico | Mujer | Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad. | 1ra | | |
| | | | 2da | | |
| | | | 3ra | | |
| | | | 4ta | | |
| | | | 5ta | | |
| | | | 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema | | |
| | Hombre | | 1ra | SI | 30/08/2019 |
| | | | 2da | SI | 30/09/2019 |
| | | | 3ra | SI | 5/01/2020 |
| | | | 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema | N/A | |
| Influenza Estacional | Hombre/Mujer | Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior.<br><br>Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente<br><br>La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país. | 1ra | NO | |
| Fiebre amarilla | Hombre/Mujer | Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar.<br><br>Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico. | 1ra | SI | 25/04/2016 |

## V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS*

*** Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.**

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

| VACUNA | GENERO | OBSERVACIÓN | DOSIS | CUMPLE SI / NO / N/A | FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A |
|---|---|---|---|---|---|
| Varicela | Hombre/Mujer | Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. | 1ra | SI | 8/06/2020 |
| Triple Viral (TV)<br>(sarampión, rubeola y parotiditis) | Hombre/Mujer | Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.<br><br>No es válida la bivalente (sarampión y rubeola). | TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos. | SI | 16/10/2017 |
| DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular | Hombre/Mujer | ** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario. | 1ra | SI | 15/08/2017 |
| | | | 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema | | |
| Neumococo | Hombre/Mujer | Ninguna | 1ra | SI | 29/05/2023 |
| | | Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido | 1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema | | |

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

| OBSERVACIONES: | |
|---|---|

## VI. FIRMA DE COMPROMISO

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

| SI | | NO | |
|---|---|---|---|

## VII. APROBACIÓN

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

| SI | | NO | |
|---|---|---|---|

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

SI Correa Santos Magaly
Enfermera Militar

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable Secretaria de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

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

Miguel. Franco.c

Firma del aspirante

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Miguel Andres

Apellidos: Franco Contreras

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 73 203 865

Fecha de nacimiento: Día 2 1 Mes 1 2 Año 1 9 8 3

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | 16/10/17 | Vacunación | Dr Sanchez |
| Fiebre Amarilla | Única | 25/04/2018 | Vacunación | Dr- Noriel |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 30-Ago-19 | Vacunación | Dr- Noriel |
| | 2 | 30-SEP-19 | Vacunación | Dr Noriel |
| | 3 | 05-ENE-20 | 233X601DE | Dr Nors |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | 15-08-17 | Vacunación | Dr Sanchez |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 30-AGO-19 | Vacunación | DSH Noriel |
| | 2 | 30-SEP-19 | Vacunación | DSH No.5 |
| | 3 | 09-ENE-20 | Vacunación | DPSH Nors |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 22-11-23 | Vacunación | Dr Sanchez |
| Otras: Hepatitis A | 1 | 02-05-16 | Vacunación | Dr Sanchez |
| Otras: Varicela | 1 | 08-06-20 | Vacunación | Dr Sanchez |
| Otras: Neumococo | 1 | 29-05-23 | Vacunación | Dr Sanchez |

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141056642918

(415)7707212489984(8020) 000014105664291 8

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 3 2 0 3 8 6 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FRANCO | CONTRERAS | MIGUEL | ANDRES |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 81 N 19 A 29

42. Correo electrónico: miguelfrancocontreras@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 7 1 3 8 0 0 8 | 3 1 3 5 9 3 9 8 9 6 |

## 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 9 1 | 2 0 2 4 0 5 0 1 | | | | | | 2 2 2 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

52 - Facturador electrónico

### 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

Fecha generación documento PDF: 17-12-2025 05:23:21PM

**BBVA COLOMBIA**
**NIT 860.003.020-1**

**CERTIFICA**

Que **MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 73.203.865** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130563000200001012** aperturada el **08 de noviembre de 2023**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **563001012**
10 dígitos: **0563001012**
16 dígitos: **0563000200001012**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **07** de **enero** de **2026** a las **08:57**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO**

ANEXO "F"
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL FINANCIERA "SIIF II"
FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

I INFORMACIÓN BÁSICA

**PERSONA JURÍDICA NACIONAL**

Nombre Proveedor _____
NIT _____
Anexar COPIA RUT _____
CLASE DE SOCIEDAD _____
CLASE DE CAPITAL _____
NUMERO DE MATRICULA MERCANTIL _____

**PERSONA NATURAL NACIONAL**

No. cédula 73203865
Anexar copia RUT _____
Nombres Miguel Andres
Apellidos Franco Contreras.
Fecha de Expedición del documento de identificación 28-12-2007
Profesión medico internista.
No. Matricula 73203865

II PARA UNIÓN TEMPORAL O CONSORCIO DILIGENCIAR ESTA INFORMACIÓN

OBJETO DE LA UNIÓN DE LOS TERCEROS _____
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU _____
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____
NUMERO DE DOCUMENTO _____
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE CADA UNO
DE LOS SOCIOS Ó MAS 1) _____
2) _____
RÉGIMEN TRIBUTARIO _____

III UBICACIÓN ( Para Persona Jurídica, Nacional, Unión Temporal o Consorcio)

PAÍS Colombia.
REGIÓN Valle del cauca.
CIUDAD Buenaventura.
DIRECCIÓN Cra 2# 3-25
TELÉFONO 3149138008.
FAX _____
E-MAIL _____
PAGINA WEB _____

IV INFORMACIÓN TRIBUTARIA ( Para Persona Jurídica, Nacional, Unión Temporal o Consorcio)

REPRESENTANTE LEGAL Cédula No. _____
Nombre _____
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU _____

TIPO DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA ICA-BOGOTÁ ☐

| | | |
|---|---|---|
| | IVA | |
| | RENTA | |

| RÉGIMEN TRIBUTARIO | | |
|---|---|---|
| | GRAN CONTRIBUYENTE | |
| | NO CONTRIBUYENTE | |
| | RÉGIMEN COMÚN | |
| | RÉGIMEN ORDINARIO | |
| | RÉGIMEN SIMPLIFICADO | x |
| | RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL | |

AUTORRETENEDOR SI [ ] NO [X]

## V DATOS BANCARIOS

Denominación de la cuenta

corriente
de ahorros 563001012.

Entidad Financiera BBVA.
Código
Sucursal Calle 1
Código
Ciudad
Dirección
Teléfono
Número de la cuenta
(adjuntar original de certificación bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días calendario)

Miguel Andres Franco Miguel Franco. c

**NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO**

ARMADA DE COLOMBIA
Protegemos el azul de la bandera

2026 AZUL QUE INSPIRA
UNA FUERZA QUE PROTEGE

# SEÑAL

No 003 / MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMPE-JEDHU-DISAN-REPAC-DMBUN-DIVLOG-GSEG-29.25

| | | |
|---|---|---|
| DE | JDMBUN | PRECEDENCIA ( P ) |
| ACCIÓN | DISAN | |
| INFO | REPAC | |

BT- CON TODA ATENCION PERMISOL X APOYO REALIZACION ESP X PERSONAL RELACIONADO X ENCUENTRASE PENDIENTE REALIZAR ESP POR PRESTACION DE SERVICIOS X DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BUENAVENTURA ASI X

| ITEM | UNIDAD | CEDULA | NOMBRE COMPLETO | CIUDAD RESIDENCIA | CORREO ELECTRONICO | N° TELEFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DMBUN | 73203865 | MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS | BUENAVENTURA | miguelfrancoconteras@gmail.com | 3147138008 |

DE LO ANTERIOR ANEXO 20 FOLIOS X DOCUMENTACION REQUERIDA REALIZACION ESTUDIO DE SEGURIDAD X FINES PERTINENTES XBT. 061600R

nota: reserva legal, acta de compromiso de reserva y traslado de la reserva legal. se reitera que, en Colombia, la información de inteligencia goza de reserva legal y por tal razón, la difusión debe realizarse únicamente a los receptores legalmente autorizados, observando los parámetros establecidos en la ley estatutaria 1621 de 2013 y el decreto 1070 de 2015, en especial, lo pertinente a reserva legal, acta de compromiso y protocolos de seguridad y restricción de la información, de acuerdo con los artículos 33, 34, 36, 37 y 38 de la ley estatutaria 1621 de 2013, con la entrega del presente documento se hace traslado de la reserva legal de la información al destinatario el presente documento en calidad de receptor legal autorizado, quien al recibir el presente documento o conocer de él, manifiesta con su firma o lectura que está suscribiendo acta de compromiso de reserva legal y garantizando de forma expresa (escrita), la reserva legal de la información a la que tuvo acceso. la reserva legal, protocolos y restricciones aplican tanto como a la autoridad competente o receptor legal destinatario de la información, como al servidor público que reciba o tenga conocimiento dentro del proceso de entrega, recibo o trazabilidad del presente documento de inteligencia o contrainteligencia, por lo cual, se obliga a garantizar que en ningún caso podrá revelar información, fuentes, métodos, procedimientos, agentes o identidad de quienes desarrollan actividades de inteligencia o contrainteligencia, ni pondrá en peligro la seguridad y defensa nacional, quienes debidamente divulguen, filtren, comercialicen, empleen o permitan que alguien emplee la información o documentos que gozan de reserva legal, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales a que haya lugar.

| AUTORIZACIÓN | ELABORA | MES-AÑO | G.F.H |
|---|---|---|---|
| CF LILIAN ELISA BUITRAGO LIEVANO | GSES DMBUN | ENE/2026 | 061600R |

| MEDIO DE TRANSMISIÓN UTILIZADO | DESTELLOS | | SEMAFORA | | IZADAS | | MENSAJERO | | DTS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ARC-FT-010-AYGAR-V18



CERTIFICATE N°
LAT - 1035

Dr: Jaime A. Monroy Cubillos
Medico. Esp. Salud ocupacional y riesgoslaborales
RM: 80.852782 Resolucion: 13567- 22/10/2021

NOMBRE: MIGUEL ANDRES FRANCO CONTRERAS

C.C. 73.203.865

FECHA: 05/02/2024

certificado médico ocupacional con énfasis en osteomuscular

certifico que el paciente al examen físico con énfasis osteomuscular es apto para desempeñar cargo de medico

| | |
|---|---|
| Visiometría: | NO REALIZADA. |
| Optometría: | Su capacidad visual actual es adecuada (NO CASO) |
| Audiometría: | NO REALIZADA. |
| Espirometría computarizada: | NO APLICA. |

CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: NO APLICA.

Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración metabólica por Médico y Dietética y nutrición.

NO PRESENTA RESTRICCIONES

RESOLUCIÓN No. 13567 de 22/10/2021

EDIFICIO ELEMENTO. TORRE (3) TIERRA
OFICINA 1104. AV CALLE 26 # 69-7 SALITRE
dr.jaimemonroy
+57 301 731 1769

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 73203865 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

Este 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 20/12/2025 08:33 AM

Código Verificación: DE6U4WTXG1

Válida hasta: 20/03/2026

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC