	ARMADA NACIONAL **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: Ibarra Rivero Jose

IDENTIFICACIÓN: 16470134

OBJETO CONTRATO: Ginecologo

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida -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. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)		
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)	✓	
18	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (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) *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).* *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.*		

REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	ARMADA NACIONAL 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**: 2 de 2

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 (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) 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.		

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

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: _____

REGISTRO CONTROLADO SGI DISAN

No. 20260032190176883 / MDN-COGFM-COARC-SECAR- LINEA DE MANDO-COD TRD

Bogotá D.C. 20-01-2026

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 GINECOLOGIA, 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

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
IBARRA	RIVERA	JOSE ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 16470134

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 02 MES 12 AÑO 1954

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO: BUENAVENTURA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 5 B 2 08 PISO 2 CENTRO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO: BUENAVENTURA

TELÉFONO: EMAIL: jagineco@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X°	MES	12	AÑO	1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	0	X		MEDICINA	04	1994	5060/86
PREGRADO	5	X		MEDICINA	07	1985	5060/86

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 24898686	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	12	Mes	12	Año	2013	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: HOSPITALARIA						DIRECCIÓN: CARRERA 56 N ° 11 A -88 CALI					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO MEDICO SAN MARTIN IPS SA			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 22415286	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	04	Año	2012	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN: CALLE 1 N ° 7 -13					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	13	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CENTRO MÉDICO
SAN MARTÍN IPS S.A.
Centro de Medicina Física y Rehabilitación

CENTRO MEDICO SAN MARTIN IPS SA
NIT. 830.512.726-7

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 16470134 laboro en la entidad mediante un contrato de prestación de servicios durante el tiempo comprendido entre el 01 de septiembre de 2021 al 31 de octubre del 2023 prestando sus servicios profesionales como GINECOLOGO.

Se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente,

Saskia Ortiz.

SASKIA ISABEL ORTIZ ESPINOSA
Administradora

Copia: Archivo

E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A
Nit. 805.001.157-2

CD218854

Certifica:

Que el Doctor JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA identificado con cedula de C.C.13.470.134 de Buenaventura, suscribió con EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A, el siguiente contrato de suministro:

NÚMERO DE CONTRATO: 1595
OBJETO: La prestación de servicios Asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Regimen Contributivo y del Plan de Atención Complementario de Salud (PAC)
MODALIDAD: EVENTO
FECHA DE INICIO: 12 DE DICIEMBRE DE 2013
FECHA DE TERMINACION: El contrato cuenta con Clausula de renovación automática el cual se encuentra vigente a la fecha.

CUMPLIMIENTO:

	EXCELENTE	
	BUENO	X
	REGULAR	
	MALO	

CALIDAD:

	EXCELENTE	
	BUENO	X
	REGULAR	
	MALO	

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los veintiocho (28) días del mes de Enero del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

FIRMA:

NOMBRE: PATRICIA PEÑA CHARRY
CARGO: JEFE DE GESTION DE REDES INTEGRALES

Elaboró: Elena Lisseth Goyes Gaviria
Revisó: Patricia Peña Pita

Sede Nacional: Cra 55 # 71A-88 Cali - Colombia
Línea Nacional: 018000 938777 PBX: (2) 499 86 86
Correo electrónico: servicioalcliente@sos.com.co

Visita nuestras páginas web
www.sos.com.co
www.pac-sos.com.co

Versión Diciembre 2014

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

IDENTIFICADO CON: X C.E. T.I. N° 16.470.134 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	BUENAVENTURA

Dirección	CRA 3 7-36 EDIFICIO TRADE CENTER	Teléfonos	3218487272

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN JOSE IBARRA OBANDO	1.113.363.878	HIJO
LAURA VICTORIA IBARRA OBANDO	1.112.058.314	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	36.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	40.032.000
TOTAL	$ 76.032.000

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
BANCO BBVA	CORRIENTE	198003212	BUENAVENTURA	$ 3.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
PARQUEADERO	372-26158	$ 150.000.000
APARTAMENTO	372-26327	$ 380.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 30-XII-2025

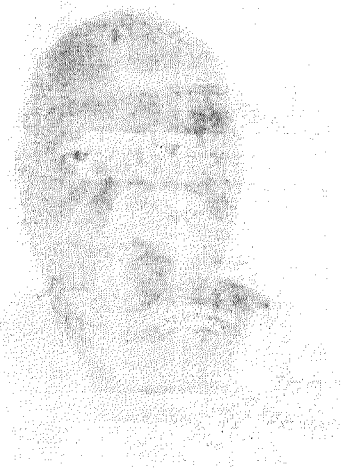
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.470.134
IBARRA RIVERA
APELLIDOS
JOSE ANTONIO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1954
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-1976 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3101900-00527615-M-0016470134-20131219 0036273340A 1 3118265807 3

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:57:17 AM horas del 29/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **16470134**

Apellidos y Nombres: **IBARRA RIVERA JOSE ANTONIO**

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.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:29:31 horas del 29/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **16470134,** Apellidos y Nombres **IBARRA RIVERA JOSE ANTONIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DMBUN**, con NIT **800141644-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/12/2025 09:40:56 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **16470134** y Nombre: **JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA.**

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. **131327767** . 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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287074386

PIB
09:47:51

Bogotá DC, 29 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) JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16470134:

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 Política 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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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 lunes 29 de diciembre de 2025, a las 11:18:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16470134
Código de Verificación	16470134251229111810

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.

HELENA PATRICIA GARCÍA MAYA
Contralora Delegada EF

República de Colombia

Departamento del Valle del Cauca

El Colegio Pascual de Andagoya

de Buenaventura

Aprobado por Resolución No. 1989 de Julio 4 de 1956, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

José Antonio Ibarra Rivera

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria le confiere el título de

BACHILLER

El Rector, La Secretaria,

Buenaventura, de 197

Gobernación del Departamento del Valle del Cauca

Anotado al Folio del Libro de Registro No.

Secretario de Educación

Director de Educación Media

Cali, de 197

REPUBLICA DE COLOMBIA

LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL DE CALI

DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

CONFIERE EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

A

José Antonio Ibarra Rivera

C.C. No. 16.470.134 *EXPEDIDA EN* BUENAVENTURA

EN TESTIMONIO DE ELLO, LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA QUE SE REFRENDA CON LOS SELLOS CORRESPONDIENTES EN SANTIAGO DE CALI EL 26 *DE* JULIO *DE 19* 85

EL RECTOR

EL SECRETARIO DE EDUCACION DEL VALLE

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL DE LA SECCIONAL

ANOTADO EN EL LIBRO DE ACTAS DE LA FACULTAD LIBRO No. 001 *FOLIO No.* 166

RADICADO EN EL LIBRO No. 1- *FOLIO No.* 11-13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU

La Universidad Nacional Autónoma de México



otorga a

José Antonio Ibarra Rivera

el diploma de especialidad en

Ginecología y Obstetricia

en atención a que demostró tener hechos los estudios conforme a los planes autorizados por el Consejo Universitario y haber sido aprobado en el examen final del curso de especialización que sustentó el día 17 de abril de 1994, según constancias archivadas en la misma Universidad.

Por mi Raza hablará el Espíritu

Dado en la ciudad de México, Distrito Federal, el día 9 de octubre de 1994

El Secretario General

El Rector



EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

OTORGA EL PRESENTE

D I P L O M A

A

DR. JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

EN VIRTUD DE HABER CONCLUIDO SATISFACTORIAMENTE LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA PERINATAL

EN EL PERIODO ACADEMICO 1994-1995

DR. FRANCISCO TENORIO GONZALEZ
DIRECTOR GENERAL

DR. ERNESTO CASTELAZO MORALES
SUBDIRECTOR GENERAL DE ENSEÑANZA
Y EDUCACION PROFESIONAL

DR. RAUL LOPEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº 5060186

Firma Médico

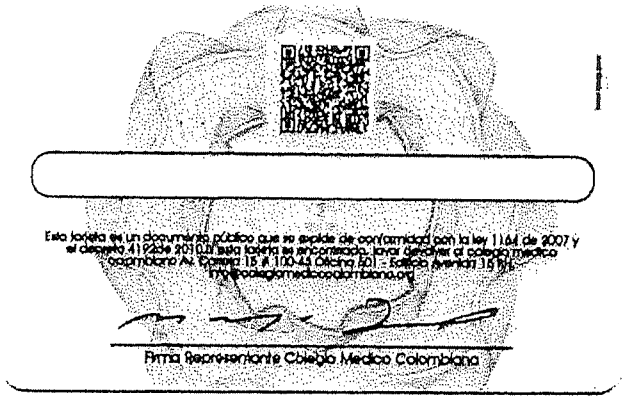
Nombres y Apellidos
JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

C.C. o C.E. C 16470154 De: BUENAVENTURA

Universidad: LIBRE
Ciudad: CALI

Código: 14510 Fecha de Expedición: 04/24/96


La salud es de todos
Minsalud
COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA
C.C. 16470134
MEDICO
CM
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA


Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 41 2de 2010 Si esta tarjeta se encontrado favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 Nit
Firma Representante Colegio Medico Colombiano

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) JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA identificado(a) con CC 16470134 registra La siguiente información:

2025-12-29--9:51:10 AM

Información Académica

Título Profesional	Ubicación Universidad Título	Profesión Universidad	Fecha grado Acto Administrativo	Tarjeta Profesional	Universidad
ESP	Extranjero	Ginecología y Obstetricia	1997-12-16	49082	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	1986-10-15	15060	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestador	Ubicación Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Profesión	Establecimiento Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|VALLE DEL CAUCA|CALI	1985-08-16	1986-08-15	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).

SERVICIOS NACIONALES DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS INTEGRALES 911

NIT:901402678-7



JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

Identificada con C.C. No. 16.470.134

Aprobó satisfactoriamente el curso y actualización de

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CODIGO FUCSIA

Cumpliendo con la resolución 0459 de 2012 Herramienta metodológica y conceptúales para la atención integral de las víctimas de violencia sexual con el propósito de brindar una atención oportuna y favorecer los procesos de articulación intersectorial. Fecha de vencimiento 19/04/2026

CON UNA DURACION DE 40 HORAS.

VS-012178

AulaVirtual

Lic. INSTRUCTORA
ENFERMERA JEFE

CP. FERNAIS BARRIOS CUETO
DIRECTOR- EMERGENCIA 911
Presidente PAED-COLOMBIA ESTADOS UNIDOS

ALIANZAS CORPORATIVAS

En constancia de lo anterior, se firma a los 19 días del mes de abril de 2024
Verificar certificado llamar al 3023728771- FIJO 6056965815EMERGENCIAS 911

Realizado por:
MAURIS FONSECA

SERVICIOS NACIONALES DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS INTEGRALES 911

NIT:901402678-7

BLS
BASIC LIFE SUPORT

JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

Identificado con C.C 16.470.134

Aprobó satisfactoriamente el curso y actualización de

SOPORTE VITAL BÁSICO

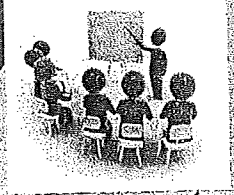
Abordaje al paciente con parada respiratoria

Curso fue desarrollado con las guías 2020-2025 de los comités nacionales (CNR) e internacionales de resucitación, fecha de vencimiento 12/04/2026

Para el personal del equipo de salud.

BASIC L

CON UNA DURACION DE 40 HORAS.



SERGIO LUIS COLL ORTIZ
INSTRUCTOR BLS-ACLS

BLS2-182066

~~TTE. FERNAIS BARRIOS CUETO~~
REPRESENTANTE LEGAL- EMERGENCIA 911
Presidente PAED-COLOMBIA ESTADOS UNIDOS
Instructor- BLS -ACLS - AHA

ALIANZA
CORPORATIV

En constancia se firma a los 12 días del mes de abril de 2024
Verificar certificado llamar al 3023728771-FIJO 6056965815 EMERGENCIAS 911

SERVICIOS NACIONALES DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS INTEGRALES 911

NIT:901402678-7

ACLS

JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

Identificado con C.C. No. 16.470.134

Aprobó satisfactoriamente el curso y actualización de

ORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO(ACLS)

sión al paciente con parada cardiovascular Curso desarrollado con las guías 2020-
de los comités de reanimación nacional (CNR) e internacional Para el personal del
uipo de salud, cumpliendo con la resolución 3100, realizado desde el 21 de febrero de
2025 hasta el 26 de febrero de 2025, vence el 26 de febrero de 2027

CON UNA DURACION DE 40 HORAS.

SERGIO LUIS COLL
INSTRUCTOR BLS-ACLS

FERNAYS BARRIOS CUETO
REPRESENTANTE LEGAL- SEM 911
Instructor- BLS -ACLS - AHA

AC:00392

En constancia de lo anterior, se firma a los 26 días del mes de febrero de 2025
Verificar certificado llamar al -3023728771- Fijo: 6056966815 EMERGENCIAS 911

ALI

SERVICIOS NACIONALES DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS INTEGRALES 911

NIT 901402678-7

Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia

AIEPI

JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

Identificada con C.C. No. 16.470.134

Aprobó satisfactoriamente el curso y actualización de

AIEPI CLINICO

Este cu[illegible] integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia – **AIEPI CLINICO** fue desarrollado [illegible] y estrategias de trabajo para fortalecer la integración de los servicios de salud, estableciendo y [illegible] las redes de atención institucional en salud, las redes comunitarias de los diferentes actores sociales y las [illegible] cotidianas familiares, mediante la guía para profesionales y técnicos en servicios de salud y exigido por min[illegible] social, cumpliendo con la resolución 412 de 2000. Realizado desde el 06 de marzo del 2025 al 11 de marzo del [illegible] fecha de vencimiento 11 de marzo de 2027

CON UNA DURACION DE 100 HORAS.

AulaVirtual

Lic. Instructora
Enfermera jefe.

ITE. FERNAIS BARRIOS CUETO
REPRESENTANTE LEGAL EMERGENCIA 911
Presidente PAED-COLOMBIA ESTADOS UNIDOS
Instructor- BLS -ACLS - AHA

AIEPI-1301174

ALIANZ[illegible]

CORPORA[illegible]

Realizado por:
MAURIS FONSECA

En constancia de lo anterior, se firma a los 11 días del mes de marzo de 2025
Verificar certificado llamar al 3023728771-FIJO 6056965815 EMERGENCIAS 911

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 o Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	IBARRA RIVERA		Nombres:		JOSE ANTONIO
N° de Documento:	16470134		Edad:		71
Genero:	Mujer		Hombre	X	
Profesión u ocupación:	GINECOLOGO		Número de contacto:		3218487272
Correo electrónico:	johr68@yahoo.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	X	JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: Dispensario Medico nivel II Buenaventura

Cargo al que aspira: GINECOLOGO

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente al 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 Secretaría 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	27/01/2021
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	27/07/2021
			2da	SI	27/08/2021
			3ra	SI	12/01/2023
			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	17/08/2020
			2da	SI	17/09/2020
			3ra	SI	17/03/2021
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	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. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	2/05/2018

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	N/A	
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola).	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	17/04/2024
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	24/04/2024
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	20/03/2025
		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

Maiqué 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

Leidy J. Franco Mendoza
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CC 1102377
RES. No 17707 DE 17/05/2024
Firma Responsable de área de SST de la DIGSA/DISANIDAD

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

Firma del aspirante

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-108-V1
	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; JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No: 16470134 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	ANUAL	30/04/2026

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

Firma del aspirante:

JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA

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.

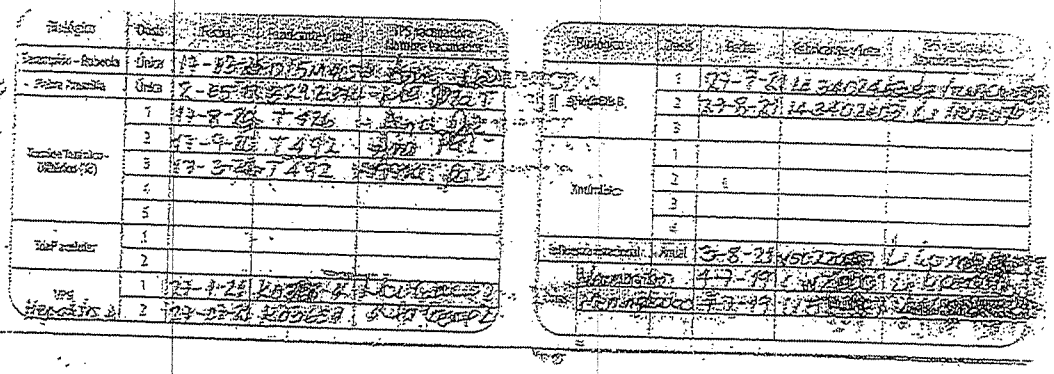
Su correo santos Magaly

SI Correo 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.



Biológico	Dosis	Fecha	Establecimiento / Ciudad	EPS / Secretaría / Nombre vacunador
Fiebre amarilla	Única	27-7-21	[illegible]	[illegible]
Triple viral	1	27-7-21	[illegible]	[illegible]
	2	27-7-21	[illegible]	[illegible]
	3			
Tetravalente	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza estacional	Anual	3-8-21	[illegible]	[illegible]
Neumocócico		4-7-19	[illegible]	[illegible]
Meningocócico		4-7-19	[illegible]	[illegible]

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

Conservelo

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 | Viajemos Seguros

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jose Antonio

Apellidos: Ibarra Rivera

Documento de identidad: CC ☒ TI ☐ Pasaporte ☐ No. 16470134

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 12 Año 1954

Dr. GUSTAVO GORDOBA HURTADO
CIRUJANO REGENTOLOGO
RETHUS 19465968

Certificado de Vacunación

Institución:

Nombre: JOSE IBARRA RIVERA

Identificación: 16470134 Tel: 3218487272

Rapid B	1	12/01/2023	[illegible]	[illegible]	

Dr. GUSTAVO CORDOBA HURTADO
PEDIATRA NEONATOLOGO
RETHUS 16465960

Certificado de Vacunación

Institución: ...

Nombre: JOSE ANTONIO IBARRA R

Identificación: 16470134 Tel: 3213487272

HVB	1	17-04-24	INSCRIBIN		
IPOV	1	17-04-24	[illegible]		

Comisaría de Salud Pública

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábico	1			
	2			
	3			
Influenza estacional	Anual	17-04-24		
Otra				

Dr. GUSTAVO CORDOBA HURTADO
PEDIATRA NEONATOLOGO
RETHUS 16465960

Certificado de Vacunación

Institución: ...

Nombre: JOSE Antonio IBarra Rivera

Identificación: 16470134 Tel: ...

DPTa	1	24/04	24	2CA6603	

Comisaría de Salud Pública

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Triple viral	1			
	2			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis A	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Dr. GUSTAVO CORDOBA HURTADO
PEDIATRA NEONATOLOGO
RETHUS 16465960

Certificado de Vacunación

Institución: JOSE IBARRA RIVERA

Nombre: JOSE IBARRA RIVERA Tel: 3213487272

Identificación: 16470134

Hepat B	1	12/01/2023	DE ZUMO		

Comisaría de Salud Pública

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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jose Antonio

Apellidos: Ibarra

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 16 470 134

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 12 Año 1954

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	Ter Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA identificado(a) con CC 16470134 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **IPS SALUD Y VIDA PACIFIC S.A.S**

Categoría: **B**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes 1 del año 2026.

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16470134,** se encuentra afiliado/a desde **05/03/1987** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de enero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



FUNDACION DE SALUD OCUPACIONAL DE OCCIDENTE LTDA "SALUDO" BUENAVENTURA

CONCEPTO APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE: SANIDAD NAVAL

INGRESO X PERIODICO EGRESO ESPECIAL	**FECHA: 11 de marzo de 2025**
NOMBRE: JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA EDAD: 70 AÑOS	**C.C # 16`470.134**
CARGO: MEDICO GINECOLOGO	**CIUDAD: BUENAVENTURA**

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1.Examen médico ocupacional X	**5. Visiometría**	**Laboratorios:**
2.Audiometría	**6. Prueba psicotécnica**	
3.Espirometría	**7. Osteomuscular y Articular X**	
4. Optométrico	**8. RX COLUMNA L-S:**	

RECOMENDACIONES

MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
Valoración por Reubicación Laboral Temporal N/A	Uso de Elementos de Protección Personal X Ingreso al sistema de Vigilancia Epidemiológica OSTEOMUSCULAR Realización de Pruebas complementarias ocupacionales N/A	Dejar el Hábito de Fumar N/A Mayor Deporte X Reducir consumo de Alcohol N/A Orientación por Dietista Mantener Estructura física adecuada para la labor

RESTRICCIONES

NINGUNA PARA EL CARGO QUE ASPIRA

EXAMEN DE RETIRO: REALIZADO **NO REALIZADO**

VALORACION POR: EPS: **ARL:**

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

NOMBRE DEL MEDICO: JOSE RAMON DIAZ PARRA	**FIRMA DEL TRABAJADOR:**
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL: 6.114 LIC. S.O # 015-2023	**C.C.**

José Ramón Díaz P.
Medicina del Trabajo
Calificador PCLO
Reg. 6114 - Lic. S.O 015-2023

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160531878

(415)7707212489984(8020) 000014116053187 8

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

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 6 4 7 0 1 3 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IBARRA	RIVERA	JOSE	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

41. Dirección principal: CR 5 B 2 08 ED PISO DOS

42. Correo electrónico: jagineco@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 7 3 0 1 3 3 5	3 2 1 8 4 8 7 2 7 2

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 0 5 0 5 0 1	7 4 9 0	2 0 1 1 0 9 2 0				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

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: IBARRA RIVERA JOSE ANTONIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-12-2025 03:57:01PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14745874787

(415)7707212489984(8020) 000001474587478 7

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IBARRA	RIVERA	JOSE	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

41. Dirección principal: CR 5 B 2 08 ED PISO DOS

42. Correo electrónico: jagineco@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 5 0 5 0 1	7 4 9 0	2 0 1 1 0 9 2 0				2 2 2 1	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	4	9	5	2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
40 No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: Si [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2021 - 03 - 06 / 15 : 52: 59

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 13-08-2021 06:51:00PM

Copia controlada

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 16470134
Anexar copia RUT
Nombres Jose Antonio
Apellidos Ibano Rivero
Fecha de Expedición del documento de identificación 17/01/1976
Profesión Ginecologo
No. Matricula

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
REGIÓN
CIUDAD
DIRECCIÓN
TELÉFONO
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	
	RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	

AUTORRETENEDOR SI ☐ NO ☐

V DATOS BANCARIOS

Denominación de la cuenta

corrie nte _____
de ah rros _____

Entidad Financiera BBVA
Código _____
Sucursal _____
Código _____
Ciudad Buenaventura
Dirección Calle 1 # 3-89
Teléfono 198 0032 12
Número de la cuenta _____

(adjuntar original de certificación bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días calendario)

NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

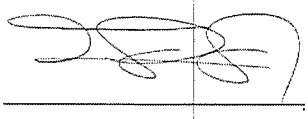
Que nuestro(a) cliente JOSE ANTONIO IBARRA RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 16,470,134 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA CORRIENTE No. 198003212 aperturada el 4 de enero de 2000 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 10 de diciembre de 2025.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0198003212
Cuenta de 16 dígitos:	0198000100003212
Cuenta de 20 dígitos:	00130198000100003212

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 16470134 **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 20/01/2026 04:17 PM

Código Verificación: **63H8CPGZWE**

Válida hasta: **20/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC