E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD	Código GA-CPV-F-010
	MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION	Versión V15 Fecha de elaboración 13/02/2025

NOMBRE Miguel José Acevedo Silva FECHA

AREA

CARGO Enfermero

TIPO DOCUMENTAL	APLICA
Propuesta y/o invitación a cotizar	
Dos Fotos tamaño 3 cm alto * 2.5 cm ancho	
Hoja de vida (Formato único función pública SIGEP)	✓
Formato único declaración de bienes y rentas	✓
Diplomas que acrediten formación académica, acta de Grado y certificaciones de experiencia: - Acta y Diploma de Bachiller - Acta y Diploma de (Técnico -Tecnológico - Profesional - Especialidad - Maestría)	✓
Resolución de autorización para el ejercicio de la profesión	✓
Consulta de Réthus	✓
Fotocopia de la tarjeta profesional	✓
Certificación Bancaria (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento, N° de cuenta activa y no menor a 3 meses de vigencia actual)	✓
Examen Médico de ingreso vigencia - (1 año) - Administrativo: Evaluación médica con énfasis Osteomuscular, Visiometría - Asistencial: Evaluación médica Con énfasis Osteomuscular, Paraclínicos: Disimetría - Asistenciales Radiaciones Ioniz: Evaluación médica: con énfasis Osteomuscular, Paraclínicos: Disimetría, Laboratorios: Cuadro Hemático, Extendido de sangre periférica, Creatinina, BUN, Urea, Bilirrubinas total, directas, Fosfatasa alcalina, LH, FSH, T3, T4, TSH - Conductores: Evaluación médica: con énfasis Osteomuscular, Examen Psicosensometrico, Paraclínicos: Audiometría, Optometría, Laboratorios: Glucómetro, Perfil Lipídico	✓
Esquema de Vacunas Asistencial: (Hepatitis B, Tétano Toxoide, Sarampión y Rubeola) (esquemas completos)	✓
Fotocopia de carnet para la protección radiológica y/o certificación de curso de Radiología (Técnico y/o Tecnólogo rayos X, Odontólogo que tome Periapicales)	N/A
Soporte Vital Básico (Auxiliar de Enfermería - Vigencia 2 años)	N/A
Soporte Vital Avanzado (Medicina y Enfermería - Vigencia 2 años)	N/A
Certificación Toma de Muestras (Enfermería - Auxiliares Enfermería)	N/A
Certificación Víctimas de Violencia Sexual (Todos los Profesionales - Especialistas de la salud de Consulta externa, Hospitalización, UCI y Urgencias) (Especialistas, Medicina, Enfermería - Auxiliares Enfermería, Odontología.)	✓
Certificado de atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos (Personal asistencial de urgencias y Tripulación de ambulancia servicio: Transporte asistencial: Medicina, Enfermería, Auxiliares de enfermería.)	N/A
Certificado Formación para la gestión del Duelo (Especialistas, Medicina, Enfermería, Auxiliares de enfermería) Servicios de atención del Parto, UCIM y UCI	✓
Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud. (Para medicina de los servicios de: Hospitalización, UCIM, UCI, Urgencias, Cirugía)	N/A
Certificado de entrenamiento en Toma de Citología (Profesionales que realicen toma de Citologías)	N/A
Certificado de Formación Par la toma de Pruebas POCT (Point of Care Testing –POCT)" Todo personal asistencial las realice, con excepción del profesional de bacteriología.	N/A
Certificado de formación en el Control del paciente de cuidado intensivo adultos (Enfermería del servicio de Cuidado Intensivo.	N/A
Certificado en el uso de Tecnologías (Para profesionales de Telemedicina)	N/A
Certificado Curso de Tecnovigilancia (Todo el personal)	✓
Certificación Curso de Procesos Prioritarios Aula Virtual (Todo el personal)	✓
Certificado Curso IAMII Aula Virtual (Todo el personal)	✓
Certificación Curso Primeros auxilios o primer respondiente (Conductores - Vigencia 2 años)	N/A

Certificado para el manejo del dolor y cuidado paliativo. (Médicos Generales, Enfermeras, Especialistas)	N/A
Licencia de Conducción Vigente (Conductores - Vigencia 2 años)	N/A
Cedula de Ciudadanía al 150%	✓
Consulta y/o certificado de antecedentes Procuraduría, Contraloría, Policía, medidas correctivas, REDAM, Delitos sexuales (Vigencia menor a 3 meses)	✓
Curso de conflicto de intereses (Certificado -Aplicativo por la integridad Pública – Función Pública)	✓
Registro único tributario - RUT (Actualizado a la fecha para contratar)	✓
Certificación y/o Afiliación a Seguridad Social (salud -pensión - legibles- vigencia actual) Activo EPS Cotizante	✓
Formato SARLAFT Persona Natural	✓
Certificado Curso de Integridad - Función Pública	✓
Copia Póliza de Responsabilidad Civil Profesional vigente – legible (Enfermeras, Médicos, Especialistas, Odontólogos, Técnico Rx, Bacteriólogo (a), Instrumentador Quirúrgico, Psicólogos, Nutricionistas)	✓
Curso Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (modulo que corresponda)	✓
Certificado de Inducción Aula Virtual HSRP	✓
Certificado de Entrenamiento al Cargo	N/A
GTH-ATH-F-031 Formato autorización para el manejo de datos personales	✓
Creación de Usuarios: - Dinámica Gerencial (Sistemas) - Aula virtual (Calidad)	N/A

RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL	
CARGO	**FIRMA**
SUBGERENCIA CIENTÍFICA	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	
SUBGERENCIA COMUNITARIA	
LÍDER DEL PROCESO (donde la persona va a desarrollar sus actividades)	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
TALENTO HUMANO	
DPTO CALIDAD y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SISTEMAS	
BIOMÉDICOS	
SALUD PÚBLICA (aplica para: Médicos, Especialistas y personal de Enfermería)	

Responsable de la verificación de documentos del área de contratación

NOTA: La documentación presentada en físico debe contener las siguientes características:

- ***Entregar documentos originales firmados impresos papel ecológico***
- ***Copias de documentos Legibles***

Pacho Cundinamarca, 01 de abril de 2026

Doctora
JENNY ALEXANDRA TORRES POVEDA
Gerente E.S.E.
HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

ASUNTO: PROPUESTA DE SERVICIOS PARA LOS PROCESOS COMUNITARIOS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO.

La suscrita MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA de acuerdo con las condiciones que se estipulan en la comunicación cursada por el hospital, presento mi propuesta de servicios en los siguientes términos:

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, PARA EL ÁREA URBANA EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 00001010 23 DE MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Alcance: De acuerdo con las normas propias de la profesión u oficio y de acuerdo con las necesidades especiales de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO,** mis servicios profesionales como enfermero del municipio de Paime, desarrollando las siguientes actividades:

Serán obligaciones específicas del contratista las siguientes:

a) Realizar las actividades en cada uno de los Micro territorios del Municipio de **Paime,** área urbano asignada.

ITEM	ACTIVIDADES	PERIORICIDAD	SOPORTE
1	Participar en la Inducción y capacitación de Equipos básicos en Salud acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para la ejecución de las actividades de acuerdo con la Res. 1010 de 2025 (AIPEI, Toma de citologías y Rutas integrales de atención en salud)	Al inicio de la operación y ejecución de los Equipos Básicos	Acta, registro fotográfico por capacitación y registro de firma de participación en la Inducción resaltando su nombre y documento de identidad
2	Participar en la capacitación de consolidado y entrega de indicadores semanales y mensuales, así como revisar las actividades de todo el talento humano de equipos básicos bajo su coordinación	Al inicio de la operación y ejecución de los Equipos Básicos y cada vez que sea programada una capacitación	Acta de capacitación individual, registro fotográfico por cada capacitación y listado de asistencia y participación. Certificación de envió, cargue y entrega de indicadores al drive creado para la recopilación de la información semanal y mensual

3	Participar en la planificación operativa del EBS, identificando el micro territorio, priorizando familias, comunidades, grupos vulnerables y ajustando rutas de atención.	Al inicio de la operación y ejecución de los Equipos Básicos	Carta de presentación del equipo básico al presidente o representante de la Junta de Acción comunal del micro territorio asignado Acta de reunión con el EBS y líderes comunitarios- JAC, registro fotográfico y listado de participantes.
4	Recibir al inicio de la operación de los equipos básicos por parte de la ESE, los dispositivos médicos, materiales e insumos para llevar a cabo las actividades en el Micro territorio asignado	Al inicio de la operación de los equipos básicos	Acta de entrega, registro fotográfico y recibo de dispositivos médicos, materiales e insumos en el formato entregado por la ESE
5	Entrega a la ESE al finalizar la operación de los equipos básicos los dispositivos médicos, materiales e insumos recibidos al inicio de la ejecución y operación de los equipos básicos	Al finalizar la operación de los equipos básicos	Acta de entrega y devolución, registro fotográfico y recibo de dispositivos médicos, materiales e insumos en el formato entregado por la ESE
6	Coordinar, elaborar y planear con el equipo asignado el Plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los equipos en territorio	Uno por corte de ejecución en la operación de los equipos básicos (2)	Plan de trabajo mensual y cronograma individual de operación de los equipos básicos de salud
7	Realizar el plan del cuidado o de seguimiento individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización o seguimiento (Atención por Enfermería, Logros y acuerdos con la familia y / o cuidador, atenciones, acciones de gestión y novedades) desarrolladas en el micro territorio asignado, haciendo uso de los dispositivos médicos, donde se registran los signos vitales (25 planes por corte) sin realizar más de dos planes por hogar.	25 por corte de ejecución en la operación de los equipos básicos y plan de visitas realizadas 50 total	Plan de cuidado o de seguimiento individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica. Registro fotográfico por cada Plan de Cuidado y firma del usuario atendido Certificado emitido por apoyo administrativo en sistemas de los EBS.

8	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. A demanda	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Ficha epidemiológica de eventos en salud pública que pongan en riesgo la salud de la familia y la comunidad (Alcaldía Municipal - ESE Hospital - Puesto de Salud) certificado de eventos de salud pública emitido por la enfermera profesional del EBS Cargue al drive de la ESE de la ficha epidemiológica cuando lo requiera.
9	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. A demanda	Según visitas realizadas y a demanda	Bitácora de remisión en formato institucional por el profesional. Certificación de la Enfermera profesional donde especifica si hubo o no remisión.
10	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. Dar a conocer el Portafolio de servicios de la ESE y sus Puestos de Salud de acuerdo con el micro territorio asignado	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Acta de actividad Lúdico-Pedagógica "Educación en salud" con su respectivo registro fotográfico (4 usuarios), listado de participantes. Material utilizado en la educación para la salud.
11	Digitalizar los instrumentos que sean entregados de forma física en la herramienta que defina la ESE	Según cronograma y plan de trabajo de cada corte	Instrumentos digitalizados para subir en la herramienta de APS del MSPS - Drive de la ESE
12	Coordinar y acudir a los espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y micro territorios abordados por el equipo, así como desarrollar las actividades propias de enfermería en desarrollo de la jornada	Coordinar y llevar a cabo una jornada por cada micro territorio intervenido. (2 jornadas)	Soporte de invitación y divulgación de la jornada. Acta de la jornada con su respectivo listado de participantes, Registro fotográfico donde se identifique el profesional responsable de la actividad de enfermería (4 fotos) Listado de personas que participaron de la jornada y en cada servicio medicina general, enfermería, toma de muestras de laboratorio, vacunación etc. Historia clínica diligenciada - procedimientos (demanda).

13	Verificar la documentación adecuada de la atención prestada: registros, historias, planes de cuidado, actas, datos para vigilancia y demás documentos generados en el desarrollo de las actividades durante la operación de los equipos básicos para la entrega de informes y consolidado de indicadores.	Dos durante la ejecución y operación de los equipos básicos en salud.	Diligenciar el drive de actividades desarrolladas por su EBS a cargo, en el mes con su respectivo soporte por perfil. Acta de revisión de productos y documentos de corte de ejecución, registro fotográfico y registro de firma de participación (presencial) Entrega de informe mensual cual- cuantitativo de indicadores y resultados del EBS a cargo.
14	Revisar Kardex de Gestantes del Municipio y visitar a las gestantes y puérperas del Micro territorio asignado mínimo 1 vez por semana con el acompañamiento del talento humano del equipo básico	4 visitas a gestantes y puérperas durante la ejecución y operación de los equipos básicos para un total de 8	Kardex actualizado de Gestantes – Acta de visita a gestante o puérpera con registro fotográfico, indicaciones, signos de alarma y diligenciamiento de historia clínica.
15	Realizar atenciones individuales de consultas de valoración integral incluidas dentro del plan de cuidado acorde a lo definido en la Resolución 3280 de 2018.	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Historia Clínica de rutas establecida por la ESE diligenciada en sistema dinámica. (a demanda) Mínimo 3 tomas de citologías
	Ruta de Mantenimiento y Promoción de la salud (Primera Infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez).		
	Ruta de riesgo cardiovascular (Hipertensión arterial, obesidad, EPOC, Dislipidemia, insuficiencia renal, Diabetes Mellitus)		
	Ruta Materno Perinatal (Consulta preconcepcional, planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, controles prenatales, controles del recién nacido, controles postparto)		
	Atención para promoción y apoyo a la lactancia materna		
	Consulta de orientación familiar		
	Asesoría y provisión anticonceptiva		
	Suministro de micronutrientes y medicamentos		

	Atención Prenatal de bajo riesgo Tamizaje de cáncer de cuello uterino Tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual		
16	Mantener registros y reportes de actividades realizadas, visitas y caracterizaciones, para entregar así toda esta documentación diligenciada durante la operación de equipos básicos foliada y archivada de acuerdo con las políticas de gestión documental de la ESE	Al finalizar la ejecución de Equipos Básicos	Carpeta foliada y con la respectiva firma de aprobación del líder de gestión documental de la ESE.
17	Apoyar la consulta de enfermería del Puesto de Salud	1 vez a la semana durante la ejecución y operación de los equipos básicos para un total de 4 días mes es decir 8 por los dos cortes	Acta de actividades realizadas durante la jornada, registro fotográfico e historia clínica diligenciada cuando se requiera.
18	Hacer uso del transporte y los distintivos personales suministrados por la ESE	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Registro fotográfico del uso de distintivos personales y transporte (5 fotos) en el formato entregado por la ESE

Las actividades serán realizadas bajo mi responsabilidad y conforme a los lineamientos definidos por la entidad en sus planes y programas.

Valor propuesto: **DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000) MCTE.**

Forma de Pago: se recibirán pagos parciales de acuerdo al cumplimiento del 100% de las actividades ejecutadas, para pagar previa presentación de la cuenta de cobro y certificación por parte del supervisor del contrato

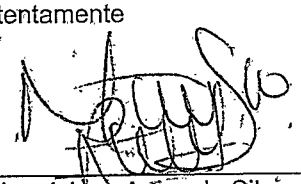
En caso de que el hospital me adjudique el contrato objeto de la presente invitación, me comprometo a suscribirla en los términos y condiciones allí establecidas.

Declaro así mismo:

1. Que esta propuesta y la orden que llegare a celebrarse solo compromete al y/o a solo aquí firmantes.
2. Que conozco el régimen legal aplicable a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
3. Que me comprometo a prestar el servicio de conformidad con lo solicitado en los términos solicitados; por el término **UN (1) MES Y VEINTITRES (23) DIAS, es decir hasta el 31 de mayo de 2026** contados a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato.
4. Que, si me seleccionan para ejecutar la orden, me comprometo a suscribirla y a aportar los documentos requeridos dentro de los términos señalados para ello.

5. Que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y la constitución política y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Atentamente



Miguel Jose Acevedo Silva
CC.: 1032488906
Celular: 3113656947
Correo electrónico: acevedomiguel022@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Acevedo	Silva	Miguel Jose

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1032488906

GÉNERO: F ( ) M (X) NB ( )

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1032488906 D.M. 05

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 03 MES 02 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: VIOTÁ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 18 9A 89 T15 A503

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 3113656947 EMAIL: acevedomiguel022@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 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2		X	ENFERMERIA			
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2022	1032488906

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)

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3113656947	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 02	Mes: 02	Año: 2026				Día:	Mes:	Año:		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERO JEFE	DEPENDENCIA: ACTIVIDADES COMUNITARIAS				DIRECCIÓN: CALLE 9 16 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: -ADECCO SERVICIOS COLOMBIA SA			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3113656947	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 29	Mes: 05	Año: 2023				Día: 10	Mes: 01	Año: 2026		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERO JEFE	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL				DIRECCIÓN: CARRERA 14 SUR 1.54						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: PACHO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 7946594	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	04	Mes	12	Año 2025	Día	31	Mes	12	Año	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERO JEFE	DEPENDENCIA: ACTIVIDADES COMUNITARIAS					DIRECCIÓN: CALLE 9 16-35 Barrio Antonio Nariño, Pacho, Cundinamarca						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ACTIVOS (HOSPITAL DE SAN JOSE)			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	02	Mes	01	Año 2023	Día	26	Mes	05	Año	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERO JEFE	DEPENDENCIA: AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA					DIRECCIÓN: CALLE 10 18 75						

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						

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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Ciudad y fecha de diligenciamiento 30-03-2026- Fusagasuga Cundinamarca

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA

IDENTIFICADO CON: C.C. x C.E. T.I. N° 1.032.488.906 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTA

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTA	Municipio	BOGOTA
Dirección	CR 16# 2-11	Teléfonos	3113656947		

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	80.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 80.000.000

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	338445539292	ANAPOIMA CUNDINAMARCA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	CAMIONETA, MONTERO	$ 60.000.000

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

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	PACHO CUNDINAMARCA MARZO 2026 CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Acta de Grado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
INSTITUTO DE PROMOCIÓN SOCIAL

Inscripción S.E
DANE. 225878000431

En la ciudad de Liberia - Viotá, a los Treinta (30) días del mes de Noviembre del año 2013, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL INSTITUTO DE PROMOCIÓN SOCIAL.** Institución aprobada hasta Nueva Visita en los Niveles de: Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria, y Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca para otorgar el Título de Bachiller Técnico con Especialidad en Promoción Social, según Resolución No. 004228 del Veinte (20) de Octubre del año 2003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TÉCNICO
CON ESPECIALIDAD EN PROMOCIÓN SOCIAL

Al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

ACEVEDO SILVA MIGUEL JOSÉ
T.I. 970203-09982 de Viotá

Es fiel copia tomada del acta original general No. 037 de fecha Treinta (30) de Noviembre de 2013, que consta de (41) estudiantes, que comienza con el nombre de **MIGUEL JOSÉ ACEVEDO SILVA** y se cierra con el nombre de **JULIETH ANDREA VELÁSQUEZ PADILLA.**

Firmada y sellada por **HNA. MARÍA TRINIDAD ALBARRACÍN OROZCO** (Rectora) y **MARÍA NEIFY BAUTISTA PEDREROS** (Secretaria)

Expedida en Liberia - Viotá, Cundinamarca, a los Treinta (30) días del Mes de Noviembre del año 2013.

Firmada y sellada

HNA. MARÍA TRINIDAD ALBARRACÍN O.
No. 23.486.432 de Chiquinquirá
Rectora

MARÍA NEIFY BAUTISTA PEDREROS
No. 21.015.296 de Tocaima
Secretaria

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Departamental
Instituto de Promoción Social

Viotá (Cundinamarca)

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 004228 del 20 de Octubre de 2003

Confiere a:

Miguel José Acevedo Silva

T.I. 970203-09982 de Viotá

El Título de:

Bachiller Técnico
con Especialidad en Promoción Social

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, con especialidad en Promoción Social (Ley 115 de 1994 Artículo 151 Literal 1 Decreto 180 de 1997); según los planes y programas vigentes.

Hna. María Trinidad Albarracín Orozco
C.C. 23.486.432 de Chiquinquirá
Rectora

María Neify Bautista Pedreros
C.C. 21.015.296 de Tocaima
Secretaria

Dado en Liberia - Viotá, Cundinamarca a 30 de Noviembre de 2013

- No requiere registro, según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Fise

Powered by CamScanner

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que

Miguel Jose Acevedo Silva

C.C. 1.032.488.906 de Bogotá, D.C.

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Enfermero

En Bogotá, D.C., Colombia, el 15 de Diciembre de 2022
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de registro 3923 *Folio* 055, 056 y 057

VIGILADA MINEDUCACIÓN | Estatutos vigentes Resolución 021948 de 2020 MEN. Acreditación de Alta Calidad - Resolución 013603 de 2019 MEN Vigencia 4 años

Powered by CamScanner

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

| VIGILADA MINEDUCACIÓN | Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 218

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los quince (15) días del mes de diciembre de 2022, en el Auditorio Guillermo Fergusson de la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 5656 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 596 del 29 de noviembre de 2022, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Enfermero

a

Miguel Jose Acevedo Silva

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 1032488906 de Bogotá D.C, como consta en el acta No. 218 Folio 096 del libro de actas número 3.

Se confiere el título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Enfermería y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Diana Patricia González Ruiz, Decana, María Victoria Triana Palominó, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

JORGE LUIS HERRERA ARIZA
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 1769

13212

Powered by CamScanner

ReTHUS

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

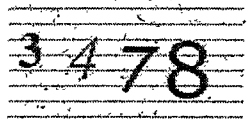
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1032488906

Primer Nombre: MIGUEL

Primer Apellido: ACEVEDO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4293

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-03-30→9:40:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1032488906	MIGUEL	JOSE	ACEVEDO	SILVA	Vigente

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 JOSE ACEVEDO SILVA identificado(a) con CC 1032488906 registra La siguiente información:

2026-03-30→9:40:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-01-23	1032488906	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-08-19	9621	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Ent Repo
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGAN COLEC ENFEF

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA
C.C. 1.032.468.906
Fund Univ De Ciencias De La Salud
Bogotá D.C.
Fecha de Expedición Diploma: 15/12/2022
Fecha de Inscripción en Rethus: 23/01/2023

53707

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Certificación Bancaria

Lunes, 06 de abril de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA identificado(a) con CC 1032488906, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	38445539292	2015-07-23	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

UNIDAD MÉDICA SANARTE I.P.S.
NIT: 900.684.064-0
Licencia de Salud Ocupacional 562 de 2025
Dir: Calle 30 # 21 - 140 Pie de la Popa
Cel: 324 344 8784
Correo: info@umsanarteips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.851

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	11 MES	2025 AÑO	PACHO (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORÁ, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ACEVEDO SILVA MIGUEL JOSE	MASCULINO	28 AÑOS 9 MESES - 6 DÍAS	CC (Tipo)	1032488906 (Número)

Cargo: **ENFERMERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 73208298 - GERARDO ANDRES JURADO

R. M.: 254042/08 L.S.O.: 25-1481

Código de Seguridad: O482U1A32851

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ACEVEDO SILVA MIGUEL JOSE

CC: 1032488906

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Miguel José
Apellidos: Acevedo Silva.
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1032488906
Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 02 Año 1997.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	01-01-18	013M8036	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	04-11-17	22150161A	
	2	05-12-17	22156167	
	3	06-05-18	696 MT	NatalyR
	4	04-11-18	710TX	NatalyR
	5			
Contra Hepatitis B	1	04-11-17	WA8715	
	2	05-12-17	UVA876530	
	3	06-05-18	UFX15603	Nataly
	R	04-11-18	UFX18005	Nataly

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla			Sanofi Pasteur	
Contra Influenza	1.	31-8-18	R3N441V	Naty R
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	Única	01-01-18	R00108	
Varicela	2da.	17-07-20	Merck Sharp Dohme S026839	

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

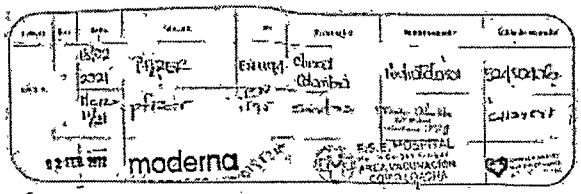
Nombres: Miguel Jose

Apellidos: Acevedo Silva

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte PEP Otro ¿Cuál?

No. 1.032.488.906

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 02 Año 1997



Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

REGIÓN DE SALUD NORTE

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Miguel José Acevedo Silva

PARTICIPÓ EN:

Curso Atención Victimas de Violencia Sexual - 2024

February 17, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO

NATHALIA BERNAL H.
PSICOLOGA

Gobernación de Cundinamarca

SERVICIOS INTEGRADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y ACCIONES EN SALUD SAS

"SINGERSALUD"

NIT 901.028.748-0

República de Colombia – Educación Informal
Decreto 4904/2009, Capit V Decreto 1075/2015 (art2.6.6.8),
Decreto Ley 2150/95 Art. 46-47

VERIFICA LA AUTENTICIDAD DE TU CERTIFICADO AQUÍ

CERTIFICA QUE:

Miguel José Acevedo Silva

Cédula 1032458906 De Bogotá

Aprobó el Curso – Taller de entrenamiento

Gestión del Duelo

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

verificación de títulos: **CÓDIGO QR DEL CERTIFICADO**

Lugar y Fecha de Expedición: BOGOTA D.C 27 DE MARZO DE 2025

Fecha de vencimiento: 27 DE MARZO DE 2027

Informes:Singersalud2@gmail.com whatssap 3115189883

Curso CUISO-8325R12

Capacitación en gestión del Duelo, el talento humano de salud de los servicios de atención del parto, cuidados intensivos, y cuidados intermedios neonatales, pediátricos y adultos, debe contar con la constancia de formación según requisito de la resolución 3100 de 2019 (Norma de habilitación de entidades del sector salud), Ministerio De Salud Y Protección Social

PLAN DE TEMAS

El proceso de Duelo y la Pérdida. Las tareas del Duelo. Mediadores y Determinantes.

Principios y Estrategias de Orientación del Duelo.

La Resiliencia. Evaluación y Terapia de Duelo Complicado.

Diseño Terapéutico de Duelo y Tipos Especiales de Pérdidas.

Concepciones e ingredientes teóricos del constructo duelo

La comprensión de las pérdidas, la muerte y el dolor

El marco teórico y explicativo del duelo

El proceso de duelo y las reacciones normales ante la pérdida

Etapas, momentos, tareas y retos del proceso de duelo

Diferenciando el proceso de duelo normal de otros procesos

Factores que influyen en el proceso de elaboración del duelo

Familia, ciclo vital y duelo en poblaciones especiales

Optimizando el proceso del duelo. Pautas de autocuidado y resiliencia para recorrer el camino de las lágrimas (y sobrevivir)

Pilares metodológicos del acompañamiento profesional en el duelo

Acompañamiento profesional y cuidados primarios de duelo Estrategias de intervención

Abordaje terapéutico del duelo patológico, desde el enfoque cognitivo-conductual

CERTIFICADO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

REGIÓN DE SALUD NORTE

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Miguel José Acevedo Silva

PARTICIPÓ EN EL CURSO DE:

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA - 2026

febrero 17, 2026

FREDY ALEXANDER RONCANCIO BELTRÁN

INGENIERO BIOMEDICO

Gobernación de Cundinamarca

CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

REGIÓN DE SALUD NORTE

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Miguel José Acevedo Silva

PARTICIPÓ EN:

CURSO PROCESOS PRIORITARIOS 2026

January 15, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

Alex Castellanos P.

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ

SUBGERENTE CIENTIFICO

Gobernación de Cundinamarca

CERTIFICADO

E.S.E, HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

REGIÓN DE SALUD NORTE

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Miguel José Acevedo Silva

PARTICIPÓ EN:

Curso Estrategia IAMII 2024-2025

noviembre 10, 2025

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO

OLGA CELINA PEREZ TORRES
LÍDER PROGRAMA IAMII

Gobernación de Cundinamarca

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.032.488.906**

ACEVEDO SILVA
APELLIDOS

MIGUEL JOSE
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1997**
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00932175-M-1032488906-20170815 0057083928A 1 9910103417

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293620600

PIB
10:00:49

Bogotá DC, 30 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), él(la) señor(a) MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032488906:

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

Mario Enrique Castro González
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 lunes 30 de marzo de 2026, a las 10:02:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032488906
Código de Verificación	1032488906260330100213

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:03:04 AM horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1032488906**

Apellidos y Nombres: **ACEVEDO SILVA MIGUEL JOSE**

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** ó acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.arajc-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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, 30/03/2026 10:04:22 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1032488906** y Nombre: **MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA.**

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. **137348531** . 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 Búsqueda | Imprimir

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 10:16:40 horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1032488906,** Apellidos y Nombres **ACEVEDO SILVA MIGUEL JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.SE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**, con NIT **800099860-5** 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

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 1032488906 **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 30/03/2026 10:06 AM

Código Verificación: **BJ9YZ1D6WE**

Válida hasta: **28/06/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES,Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-03-30 19:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MIGUEL	JOSE	ACEVEDO	SILVA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1032488906

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	VIOTÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	PACHO

Dirección	["calle9 Nº 17-17"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$80.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$80.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERES

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5 DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 - Actualización

4. Número de formulario 141243631021

(415)7707212489984(8020) 000014124363102 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 8 8 9 0 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACEVEDO	SILVA	MIGUEL	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 18 9 A 89 TO 15 AP 503

42. Correo electrónico: acevedomiguel022@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 3 6 5 6 9 4 7	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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: 2026-03-30 / 06:43:08PM

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: ACEVEDO SILVA MIGUEL JOSE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE SIN COSTO

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Miguel Jose Acevedo Silva, identificado(a) con CC, número 1032488906, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032488906
NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Jose Acevedo Silva
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/02/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	11/03/2026
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1032488906 MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA Desde 02/02/2026 - Vigente N.I.T. 830050228 ADECCO SERVICIOS COLOMBIA SA Desde 01/11/2024 Hasta 10/02/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1032488906 MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA Desde 01/12/2025 Hasta 31/12/2025N.I.T. 899999063 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Desde 13/06/2025 Hasta 23/08/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1032488906 MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA Desde 15/06/2025 Hasta 15/08/2025N.I.T. 900856532 MAXITEMPO SAS Desde 10/04/2025 Hasta 10/04/2025

Generado por interfaces 30/03/2026

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

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Miguel Jose Acevedo Silva, identificado(a) con CC número 1032488906, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces

30/03/2026

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que Miguel Jose Acevedo Silva, identificado(a) con CC número 1032488906, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032488906
NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Jose Acevedo Silva
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/02/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	11/03/2026
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1032488906 MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA Desde 02/02/2026 Vigente N.I.T. 830050228 ADECCO SERVICIOS COLOMBIA SA Desde 01/11/2024 Hasta 10/02/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1032488906 MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA Desde 01/12/2025 Hasta 31/12/2025N.I.T. 899999063 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Desde 13/06/2025 Hasta 23/08/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1032488906 MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA Desde 15/06/2025 Hasta 15/08/2025N.I.T. 900856532 MAXITEMPO SAS Desde 10/04/2025 Hasta 10/04/2025

Generado por interfaces 30/03/2026

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que Miguel Jose Acevedo Silva, identificado(a) con CC número 1032488906, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 30/03/2026

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

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MIGUEL JOSE ACEVEDO., identificado(a) con C.C 1.032.488.906, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 30 de marzo de 2026.

El presente certificado emitido 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.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

HOSPITAL ESE RAFAEL DE PACHO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO, VINCULACION Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	Codigo G-SARLAFT-F05
	MACRO PROCESO GESTION GERENCIAL PROCESO SARLAFT	Version V01-2017

Sistema de administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DD	MM	AA
	30	3	2026

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Primer nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
MIGUEL	JOSE	ACEVEDO	SILVA

No. Documento	Tipo de Documento	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición (DD MM AA)
1.032.488.906	CC: X CE PP	BOGOTA DC	10 2 20215

Dirección Residencia	Ciudad	Numero de Teléfono	Numero de Celular
CRA 16# 2-11 3 PISO	BOGOTA DC		3113656947

Detalle Actividad Económica:	Otras actividades de atención de la salud humana	Codigo CIIU:	8699
Email:	ACEVEDOMIGUEL022@GMAIL.COM	Maneja Recursos Públicos? *SI / NO	X
Es usted Persona Expuesta Publicamente o Politicamente (PEPs):	Públicamente / Politicamente / Ninguna		X
Observaciones:			

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$60.000.000	Total Pasivos	$56.000.000
Ingresos Mensuales	$4.051.000	Egresos Mensuales	$3.000.000
Total Patrimonio	$4.000.000	Total otros Ingresos	$0

Mes y año de corte de la información financiera suministr	MES 8	AÑO 2025	Declarante de Renta:	SI X	NO
Observaciones:					

Maneja recursos Públicos, está expuesto públicamente, o es Extranjero - *Si marcó **SI** por favor diligencie la información de referencias financieras.

2.1. REFERENCIAS FINANCIERAS (Exclusivo para clientes PEPS)

1. Nombre de la entidad	Dirección	Teléfono
2. Nombre de la entidad	Dirección	Teléfono

3. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

1- AUTORIZO de manera expresa, a La ESE Hospital San Rafael de Pacho o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro sus calidades para:

1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente.

2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

3) Tratar (recolectar, almacenar, usar) mis datos personales con el propósito de garantizarme un adecuado servicio y funcionamiento de los productos y servicios adquiridos con ESE Hospital San Rafael de Pacho, para actividades de mercadeo y para información en general de la relación comercial con ESE Hospital San Rafael de Pacho.

Autorizo: SI: x NO

3.1. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES - CONTINUACIÓN

2- DECLARO QUE: 1) El origen de mis bienes y/o fondos, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: PRESTACION DE SERVICIOS ENFERMERO PROFESIONAL

y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. 2) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por La ESE Hospital San Rafael de Pacho. 3) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a La ESE Hospital San Rafael de Pacho no utilizar o revocar mi información personal 4) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 5) La ESE Hospital San Rafael de Pacho me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 6) que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relacion comercial y/o contractual con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, provienen de actividades licitas; por tal razon, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano.

4. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

1. Copia del Documento de Identidad	X
2. Copia Completa del RUT	X

5. FIRMA Y HUELLA

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificacion ante cualquier persona natural y juridica, publica o privada, sin limitacion alguna, obligandome a actualizar la informacion y/o a confirmarla cada vez que asi sea solicitado.

Firma del Cliente

Huella Indice derecho

Nombre: MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA

Numero ID: 1.032.488.906

8. PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

✔ **Dejo constancia que el cliente actualizado, ha sido consultado en listas como: FBI, ONU, OFAC, PANAMA PAPERS, PEPS, listas vinculantes y no vinculantes SARLAFT.**

Sin Riesgo LA/FT [X] **Con Riesgo LA/FT** [ ]

Observaciones:

Nombre y firma del Oficial de Cumplimiento ESE Hospital San Rafael de Pacho.

Oficial de Cumplimiento SARLAFT
ESE Hospital San Rafael de Pacho.

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA

C.C 1.032.488.906

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 30 de marzo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769372122000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

MIGUEL JOSE ACEVEDO SILVA

C.C 1.032.488.906

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de marzo 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769372102000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

CERTIFICADO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

REGIÓN DE SALUD NORTE

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Miguel José Acevedo Silva

PARTICIPÓ EN:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2026 - ASISTENCIAL

January 15, 2026

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ

SUBGERENTE CIENTIFICO

Gobernación de Cundinamarca

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	**FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE DATOS PERSONALES** **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD** **MACROPROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** **PROCESO ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO**	**Código** GTH-ATH-F-031 **Versión** V01 **Fecha de elaboración** 22/12/2021

Fecha: *30 De marzo del 2026*

Autorizo a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO, para que recolecte mis datos personales y los conserve dentro de sus bases de datos cuyo uso se encuentra destinado a mantener una constante comunicación con los contratistas.

En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y la Política Institucional de Protección de Datos Personales que regulan la autorización del titular de los datos personales para la recolección, almacenamiento y tratamiento de los mismos, autorizo a la E.SE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO NIT 800.0099.860-5 con domicilio en Pacho Cundinamarca y ubicada en la Calle 9 N° 16-35 Barrio Nariño para recolectar, almacenar usar, circular, suprimir. procesar, compilar, actualizar los datos personales que le sean suministrados por el suscrito PROVEEDOR y que incluyen, a título meramente enunciativo, nombre, identificación (cedula y/o Nit), dirección de domicilio, correo electrónico número telefónico fijo o móvil o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología, nombre del representante legal, cedula del representante, así como nombre e identificaciones de otros empleados o colaboradores: teléfonos de contactos, información comercial y transferida en relación a la celebración ejecución y/o terminación de cualquier tipo de relación contractual o comercial lo cual se hará únicamente para fines empresariales con la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Leído lo anterior autorizo a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO de manera previa, explicita e inequívoca para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información reportada en este formato para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta verídica.

Firma: _____

Nombre y apellidos completos: Miguel Jose Acevedo Silva

Tipo de identificación: CC: __x_ NIT: ___ 1032488906

Teléfono fijo/ móvil de contacto: 3113656947

Correo electrónico: acevedomiguel022@gmail.com

Dirección de domicilio: CR 16 # 2-11