

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 72.171.526

PEREZ CERVANTES

APELLIDOS

TOMAS ALBERTO

NOMBRES

*Tomas Alberto Perez Cervantes*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1970

BARRANQUILLA  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

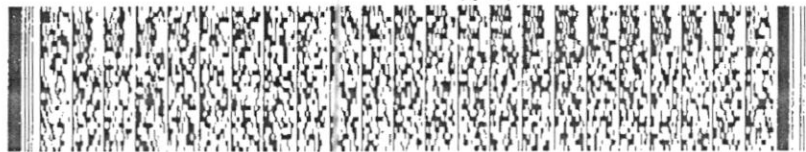
1.69 A+ M  
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ABR-1989 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0109400-00199639-M-0072171596-20091124

001825453:A 1

29495561

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14387994532



(415)7707212489984(8020) 000001438799453 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

7 2 1 7 1 5 2 6

7

1

1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

7 2 1 7 1 5 2 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

PEREZ

32. Segundo apellido

CERVANTES

33. Primer nombre

TOMAS

34. Otros nombres

ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Cocorná

1 9 7

41. Dirección principal

CL 21 23 45

42. Correo electrónico

tap0808@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 9 9 6 2 0 4

45. Teléfono 2

3 1 6 5 3 5 3 5 7 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 4 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

2 2 2 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

50. Impto. renta y corpl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

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

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

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

20160905

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:

98II. Nombre HURTADO RESTREPO NATALY

98III. Cargo Punto de Contacto Presencial

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 viernes 19 de junio de 2026, a las 10:28:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	72171526
Código de Verificación	72171526260619102844

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 JOJCA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



Bogotá DC, 19 de junio del 2026

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) TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 72171526:

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>

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento 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.



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:44:49 PM horas del 19/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 72171526

Apellidos y Nombres: **PEREZ CERVANTES TOMAS ALBERTO**

### **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.



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.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/06/2026 12:41:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **72171526** y Nombre: **TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES.**

### 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. **142394565** . 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

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional C.A.N. Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

San Francisco Antioquia

Señores:

**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**

**E. S. E.**

Yo TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES, identificado con documento de identidad

No. 72171526 de BARRANQUILLA, manifiesto que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para vincularme con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas.

Declaro que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, a la fecha no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en San Francisco, Antioquia, a los 19 días del mes de JUNIO de 2026.

Firma

Documento de identidad

72171526 DE BARRANQUILLA

Dirección

CALLE 40 C N 22B - 78

Teléfono

3165353573

Correo electrónico

TAP0808@HOTMAIL.COM



E.S.E.  
**HOSPITAL  
SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
SAN FRANCISCO - ANTIOQUIA  
*Servimos con calidad humana  
comprometidos con su salud*  
NIT 800133887-9

El (la) suscrito(a) TOMAS PEREZ CERVANTES \_ identificado con C.C. No. 72171526\_ expedida en BARRANQUILLA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA con NIT. 800.133.887-9, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012. Manifiesto que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en el municipio de San Francisco, el 30 de JUNIO del 2026\_.

Firma

Nombre

Cédula

## 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 11:46:55 horas del 19/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **72171526**, Apellidos y Nombres **PEREZ CERVANTES TOMAS ALBERTO**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITALDE SAN FRANCISCO**, con NIT **800133887-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

#### ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



## COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

San Francisco - Antioquia

Señores  
**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
E. S. E.

TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES, identificado con cedula de ciudadanía N° 752171526, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de Colombia Compra Eficiente para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la ESE Hospital San Francisco de Asís, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción. En constancia de lo anterior firmo este documento a los 19 días del mes de JUNIO del año 2026.

Firma

Documento de identidad 72171526

Dirección CALLE 40C N22B 78.

Teléfono 316535357

Correo electrónico TAP0808@HOTMAIL.COM



## 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 72171526 **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 19/06/2026 11:05 AM



Código Verificación: **HFABYXT82U**

Válida hasta: **17/09/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEREZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CERVANTES		NOMBRES TOMAS ALBERTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 72171526			GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 08 MES 08 AÑO 1970			CALLE 21N 22 30 TERCER PISO UNICO COCORNA		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA	DEPTO ANTIOQUIA		
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO COCORNÁ			
MUNICIPIO BARRANQUILLA		TELÉFONO 3165353573	EMAIL tap0808@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		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1987	
										X					

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLOGICA 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	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	08	1994	042896

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIA 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**

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

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

5

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS -SAN FRANCISCO		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN FRANCISCO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3136273077	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	Día	15	Mes	01
	Año	2026	Día	
	Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	DEPENDENCIA ATENCION EN SALUD	DIRECCIÓN CALLE 10 10 1		

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS -SAN FRANCISCO		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN FRANCISCO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3136273077	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	Día	08	Mes	01
	Año	2024	Día	
	Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	DEPENDENCIA ACADEMICA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 10 9 9		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SN JUAN DE DIOS		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO COCORNÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 8343403	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	01	Mes	12	Año	2001	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	DEPENDENCIA AREA°DE°DESARROLLO°Y°SALUD	DIRECCIÓN CALLE 21 N 25										

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO - GRANADA ANTIOQUIA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 8320102	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	01	Mes	06	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN CALLE 21N 25 02										

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS -SAN FRANCISCO		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN FRANCISCO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	03	Mes	01	Año	2023	Día	29	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASOCIADO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 10 9 9										

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS -SAN FRANCISCO		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN FRANCISCO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 8323136	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	01	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA APOYO MEDICO	DIRECCIÓN CALLE 10 9 9										

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										

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

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	24	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	7
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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

2026 07 07

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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



# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C7217152600328928

Código de verificación

## EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES**, identificado(a) con C.C. No. 72171526 y T.P. o R.M. No. 0428/1996 del(a) Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 19 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

  
  
**HERMAN REDONDO GOMEZ**  
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)

[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)



Universidad Libre de Colombia

Seccional del Atlántico

En atención a que

**Tomas Alberto Perez Cervantes**

c.c. No. 72.171.526

de Barranquilla

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales

En la Facultad de Medicina

Le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

El Título de:

**Médico y Cirujano**

En fé de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector de la Universidad, el Secretario General, el Decano de la Facultad, el Secretario Académico y el Jefe de Educación Médica

a los 12 días del mes de

Agosto

de 19 94

El Secretario General

El Decano

El Jefe de Educación Médica



El Secretario Académico



Secretario de Educación

Barranquilla



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

72171526

PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 - DIC. 00	31 - DIC. 10	31 - DIC. 20

APELLIDOS Y NOMBRES

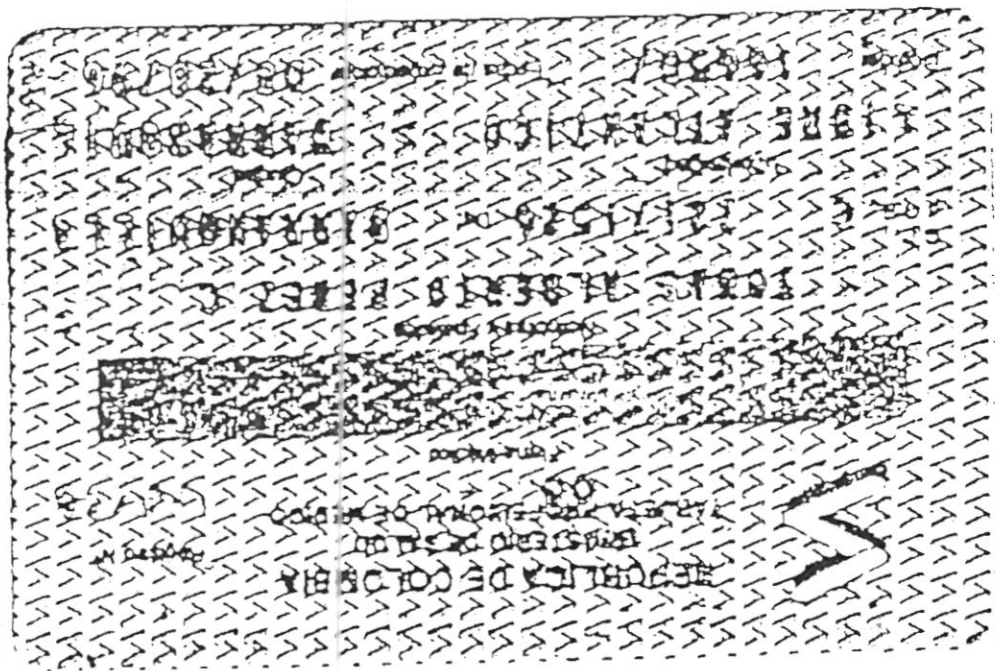
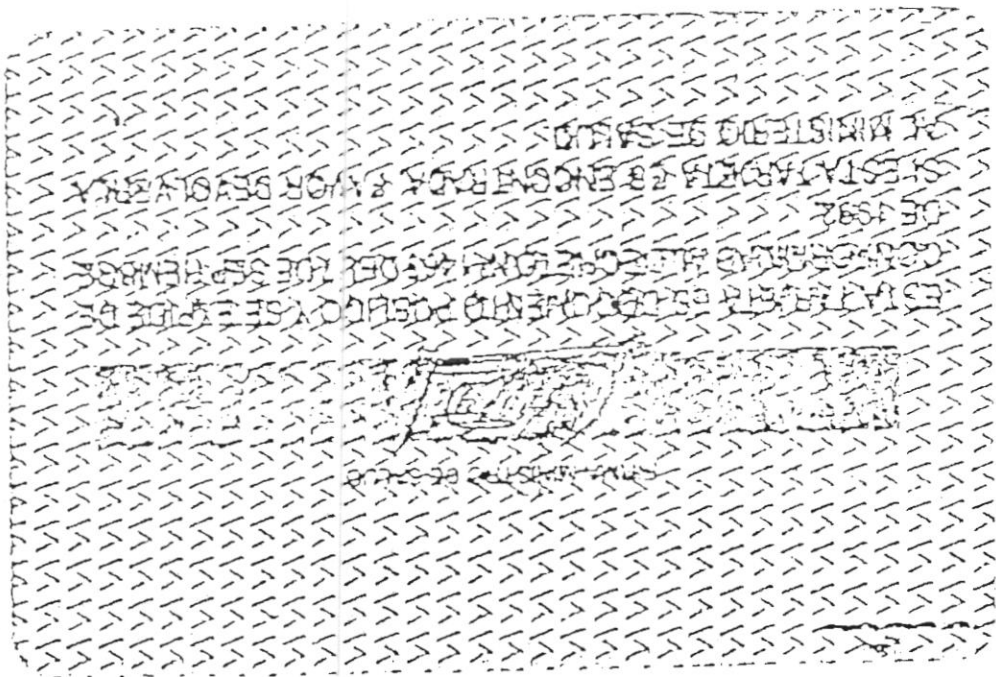
PEREZ CERVANTES

TOMAS ALBERTO

BACHILLER

PROFESION





UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA  
SECCIONAL DEL ATLANTICO  
FACULTAD DE MEDICINA



FOLIO No. 045

ACTA No. 2099

Aprobada según Resolución No. 2519 de 16 de diciembre de 1983 emanada del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

ACTA DE GRADO  
Promoción No. XXVI de 1994

Graduación, 12 de agosto de 1994  
Ceremonia Solemne.

En la ciudad de Barranquilla a los 12 días del mes de AGOSTO de 1994, se instaló en el Aula Máxima de la Universidad Libre el honorable Consejo Académico de la Facultad y considerando que el alumno:

PEREZ CERVANTES TOMAS ALBERTO C.C. No. 72.171.526 de BARRANQUILLA

llenó previamente todos los requisitos que las normas legales y los reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes, habiendo obtenido un promedio de calificaciones de:

TRES SEIS DOS (3.62)

A continuación el señor Decano en nombre de la República de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el Juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuesto, se firma la presente Acta por los que en ella han interconcurrido,

Decano (Solo) MARCEL ALENDAÑO TONOCCO  
Secretario Académico (Fdo) AMIN ARIZA FONTALVO  
Graduando. PEREZ CERVANTES TOMAS ALBERTO





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA  
CALLE 42 # 52-186 PISO 8 CAD LA ALPUJARRA  
CONMUTADOR 385 80 00 FAX 262 11 34 A. AEREO 50946  
PÁGINA WEB www.dssa.gov.co

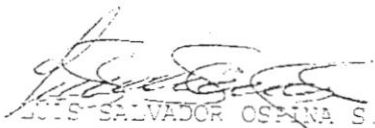
MEDELLIN , Mayo 26 de 2005

EL AUXILIAR DE VIGILANCIA Y CONTROL

HACE CONSTAR QUE

TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES

Identificado(a) con la cédula Nro : 72,171,526 de BARRANQUILLA  
se encuentra inscrito(a) en la DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA,  
mediante resolución Nro : 000428 expedida el 18/03/1996 , por  
DEPTO ADTIVO DE SALUD DEL ATLANTICO , que lo autoriza para ejercer en el  
territorio nacional como : MEDICO Y CIRUJANO 8-0428-96

  
LUIS SALVADOR OSPINA S.

LSOS



# *Clinica "Santa Maria"*

NIT. 800.175.217

M. D. Director: Dr. Luis Ariza

Calle 16 N° 18-05 Teléfono: 788620

Baranoa - Atlántico

## A QUIEN INTERESE

El suscrito médico Director de la Clínica Santa Maria hace constatar que el Doctor TOMAS PEREZ CERVANTES identificado con la c.c. #72.171.526 de Barranquilla laboró en ésta institución mediante contrato de prestación de servicios, desde el 1 de Septiembre de 1995 hasta el 27 de Septiembre de 1996.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 3 dias - del mes de Octubre de 1996.

Atte:

JORGE COBOS SANTOS.  
DIRECTOR (E)



**EL SUSCRITO GERENTE**

**CERTIFICA QUE**

El Doctor **TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES**, identificado con C.C NRO 72.171.526 de Barranquilla, laboro en esta institución como **MEDICO COORDINADOR**, desde el día 30 de Septiembre de 1996 al día 14 de Julio de 1998, con una jornada laboral de **44 horas semanales**, entre algunas de sus funciones están:

Participar en la atención interpersonal de la comunidad.

Promover la participación de la comunidad en actividades de salud.

Participar en la elaboración de diagnósticos y pronósticos del estado de salud de la población del Municipio.

Estar en brigadas de salud.


Colaborar en actividades de coordinación intra e intersectorial para el desarrollo de los programas de salud del Municipio.

Ejercer demás funciones que le fueron asignadas de acuerdo a su profesión.

Dada en Amalfi, a los diez días del mes de diciembre de 1998

Atentamente,

Empresa Social del Estado  
HOSPITAL EL CARMEN  
Amalfi, Atlántico



**LEON DARIO URREGO GAVIRIA**  
GERENTE

*"Un Hospital con mucha calidad humana"*



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
SAN RAFAEL - ANTIOQUIA

**HOSPITAL**

**PBRO. ALONSO Ma. GIRALDO**


NIT. 891.982.128-1

## CERTIFICADO LABORAL

El suscrito Subgerente Administrativo de la E.S.E. Hospital Pbro. Alonso María Giraldo, hace constar que el doctor TOMAS PEREZ CERVANTES identificado con cedula de ciudadanía No. 72.171.526 de Barranquilla, laboró en esta institución como Médico de Planta desde el 16 de julio de 1998 hasta el 29 de febrero del 2000.

El presente certificado es expedido a solicitud del interesado.

Dado en San Rafael, a los 29 dias del mes de marzo del 2000.

  
JOHN JAIRO POSSO ECHAVARRIA  
Subgerente


**LA JEFE DE LA SECCION ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E.  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE COCORNÁ**

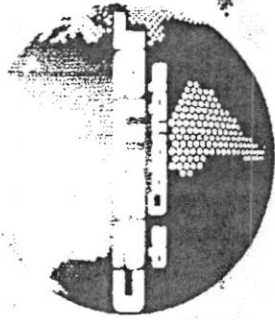
**CERTIFICA**

*Que el Doctor Tomas Alberto Perez Cervantes, con cédula 72.171.526, labora en esta Institución como Médico de Planta, a partir del 1 de diciembre de 2001, y tiene sus pensiones en el Fondo Porvenir S.A. y las Cesantías en Protección S.A.*

*La anterior certificación, se expide a petición del interesado.*

*Cocorná, 29 de Agosto de 2002*

  
SILVANA P. VELÁSQUEZ  
Jefe Sección Administrativa



Certifica que:

*Tomas Pérez Cervantes*

Realizó el curso de:

*Sedación por Fuera del Quirófano para Médicos Generales en Pacientes  
Mayores de 12 Años*

*Yohan Echeverri Ospina*

Dr. Yohan Camilo Echeverri Ospina  
R. II Anestesiología





*Centro de Cuidados*

***Tomas Pérez Cervantes***

***C.C.72.171.526***

***Soporte Vital Cerebro Cardiopulmonar Avanzado (S.V.C.A)***

*Tomas Pérez Cervantes*

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzo	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U							
Antipoliomiéltica	R.N.							
	1ª							
	2ª							
	3ª							
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Antihepatitis B.	1ª							
	2ª							
	3ª							
Triple Viral (Sar., Pap., Rub.)	U							
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Toxoide Diftérico (Tétanos y Difteria)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Sarampión	U	10	H	99				
Antifebre Amarilla	U							
Meningo-BC (Meningococo)	1ª							
	2ª							
Hib (Hemofilus Influenza)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Rubeola	U							

**CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS**  
**CERTIFICAT INTERNACIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE**

Certifica que:  
Tomás Alberto Pérez C

This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)  
 Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad  
8-8-70 M Colombia  
 date of birth (year) / le Sexe / de sexe / nationality / et de nationalité

Documento nacional de identificación  
72.111.526  
 national identification document / document d'identification national

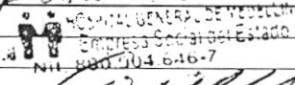
**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

Cuya firma aparece a continuación  
 whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra  
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against  
 a été vaccine(e) / ou a reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre

Fiebre Amariilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional  
 in accordance with the International Health Regulations  
 Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Fecha Date Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numero du lot	Certificado válido Certificate valid Certificat valable	
				Desde From à partir du	Hasta Until jusqu'au
<u>Fiebre Amariilla</u>	<u>9 Abril 2011</u>	<u>[Signature]</u>	<u>6-5360</u>	<u>9 Abril 2011</u>	<u>12 Junio</u>
<u>Fiebre Amariilla</u>	<u>9-04-2011</u>	<u>[Signature]</u>	<u>Singfi Pasteur</u> <u>6-5360</u>	<u>09-04-2011</u>	<u>12-06-2011</u>
 <p>HOSPITAL GENERAL DE MEDICINA Y CIRURJIA SOCIAL DEL ESTADO                  NIT 800.904.646-7</p>					

**INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS**

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1 de enero de 2001 se escribe como 1 enero 2001.
2. Si la vacunación está contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes Internacional y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla.
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

**INFORMATION FOR PHYSICIANS**

1. The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year - the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
2. If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
3. Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
4. The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

**RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS**

1. La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année - le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.
2. Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
4. Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.

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.

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Organización Mundial de la Salud  
World Health Organization  
Organisation mondiale de la Santé

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis  
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis  
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie  
Regulaciones Internacionales de Salud 2005

Expedido a / Issued to / Délivré à

*Tomas Alberto Perez C.*

Número del pasaporte o del documento de identificación  
Passport number or travel document number  
Numéro du passeport ou du document de voyage

*72.771.526*



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres *Tomas Alberto*  
 Apellidos *Perez Cervantes*  
 Documento de identidad C.C.  T.I. / Pasaporte No. *72471526*  
 Fecha de nacimiento Día *08* Mes *09* Año *70*

OTRAS VACUNACIONES

OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad	Fecha	Fecha de la próxima dosis (fecha)	Fabricante y número del lote de la vacuna	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Disease targeted	Date	Next booster (date)	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine	Signature and professional status of supervising clinician
Maladie visée	Date	Prochain rappel (date)	Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot	Signature et titre du clinicien responsable
SRP	15 Mayo 2014		J5519-1	
Polio 1076 todo	15.05.2014		GLAXO AIFVBC63(B1)	<i>[Signature]</i>

6

7

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1	10-04-1994		
Rubéola	1			
Toxide Tetánico	2			
Diftérico	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	10-04-2001		
	2	12-06-2001		
	3	23-08-2001		
	R			

*[Handwritten signature: Jairo Lopez]*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	UNICO	09-04-2011	Sanofi past. G5360	<i>[Signature]</i>
Contra Influenza	UNICO	27-05-13	1307401 Pa	
Virus de Papiloma Humano	UNICO	13-05-14	V5D1020 Pa	
			Inoc. Caliptra V5E210000	
DPUT	UNICO	27-05-13	AC3713064AM	
		15 MAYO 2014	755797	

VACUNA	Dosis	FECHA DE VACUNA			Lote	Nombre del Vacunador	Refuerzo	Lote
		Día	Mes	Año				
B.C.G. (Antituberculosis)	U							
Antipoliomielítica	R.N.							
	1ª							
	2ª							
	3ª							
D.P.T. (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Antihepatitis B.	1ª							
	2ª							
	3ª							
Triple Viral (Sar., Pap., Rub.)	U							
Toxoide Tetánico (Tétanos)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Toxoide Diftérico (Tétanos y Difteria)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Sarampión	U	10	4	90				
Antifebre Amarilla	U							
Meningo-BC (Meningococo)	1ª							
	2ª							
Hib (Hemofilus Influenza)	1ª							
	2ª							
	3ª							
Rubeola	U							

# 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 \*

72171526

Primer Nombre

tomas

Primer Apellido

perez

Confirme los números de la Imagen \*

8078



Cambiar

1165

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-19→12:20:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	72171526	TOMAS	ALBERTO	PEREZ	CERVANTES	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) **TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES** identificado(a) con CC 72171526 registra La siguiente información:

2026-06-19→12:20:07 PM

### Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1996-03-18	428	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

## 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](mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)

[Términos y condiciones](#)





## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	72171526
NOMBRES	TOMAS ALBERTO
APELLIDOS	PEREZ CERVANTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	COCORNA

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 06/19/2026 13:04:58 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**  
NIT 800.170.043-7

**CERTIFICA QUE:**

**TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.171.526**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 19 de Junio del 2026.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes





El servicio público  
es de todos

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, TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 72,171,526 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ANTIOQUIA Municipio CÓCORNA

Dirección CALLE 21 N 22 30 TERCER PISO Teléfonos 3165353573

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SOFIA PEREZ CERVANTES	1,001,408,940	HIJA
TANIA PEREZ CERVANTES	1,042,861,261	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, 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	57,791,529
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	6,421,848
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	16,000,000
HONORARIOS	10,000,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 90,213,377</b>

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	10162889174	MEDELLIN	\$ 100,000
BANCODE OCCIDENTE	CTA CORRIENTE	408075695	MEDELLIN	\$ 200,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	SANDERO STEWAY	\$ 22,000,000

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
BBVA	TARJETA DE CREDITO	\$ 6,000,000
AVEVILLAS	TARJETA DE CREDITO	\$ 10,000,000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
NO	

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
NO	

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

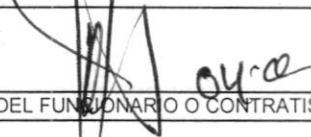
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
DIANA GUZMAN GUARIN	C.C. C.E. T.I.	32,392,764

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	19-06-2026 CIUDAD Y FECHA
--	------------------------------

DAFP-GAP

# Certificación Bancaria

Viernes, 19 de junio de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que TOMAS ALBERTO PEREZ CERVANTES identificado(a) con CC 72171526, 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 de ahorros	10162889174	2001-04-05	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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

<b>CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL</b>		<b>CÓDIGO:</b>	ES-SIG-RG-9
		<b>VERSIÓN:</b>	2
		<b>FECHA:</b>	15/12/2023
		<b>PAGINA:</b>	1 de 2

Tipo de examen	ANUAL		Fecha	19 junio 2026	
Nombres y apellidos	PEREZ CERVANTES TOMAS		Identificación	72171526	
Secretaría			Dependencia		
E.P.S	NUEVA EPS		Celular	3165353573	

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS							
Biológico		Físico		Biomecánico	Químico		C. Seguridad
Virus	X	Ruido		Postura		Polvos	Mecánico
Bacterias	X	Iluminación		Esfuerzo	X	Fibras	Eléctrico
Hongos	X	Vibración		Movimientos Repetitivo	X	Líquidos	Locativo
Parásitos	X	Temperatura		Manipulación de Cargas		Gases	Tecnológico
Picaduras	X	Presión				Vapores	Ac. Transito
Mordeduras		R. ionizantes				Humos	Públicos
Fluidos	X	R. no ionizantes				Material Particulado	Trabajo en Alturas
Excrementos							

Psicosociales		F. Naturales	
Gestión Organizacional	N	Sismo	N
Organización Trabajo	N	Terremoto	N
Grupo Social Trabajo	N	Vendaval	N
Condición Tarea	N	Inundación	N
Interface Personal/Tarea	N	Derrumbe	N
Jornada de Trabajo	N	Precipitaciones	N

CONCEPTO	
Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro de examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración	
APTO	PACIENTE CON EXAMEN FISICO DENTYRO DE LIMITES NORMALES PIE} UEDE DESARROLLAR ACTIVIDADES SIN LIMITACIONES FISICASD NI MENTALES
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	
EGRESO	
EGRESO SATISFACTORIO	
EGRESO NO SATISFACTORIO	
CONDUCTA	
RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES

<b>CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL</b>	<b>CÓDIGO:</b>	ES-SIG-RG-9
	<b>VERSIÓN:</b>	2
	<b>FECHA:</b>	15/12/2023
	<b>PAGINA:</b>	2 de 2

<u>NINGUNA</u>	<u>NINGUNA</u>
----------------	----------------

**NOTA:** Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:** Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para 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 mí 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 bien cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia 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.

Nombre  
Trabajador  
C.C  
Médico especialista en Salud Ocupacional

Firma del

**CONTROL DE CAMBIOS**

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	REVISÓ	APROBÓ
0	28/8/2018	Creación del formato	COORDINADOR DE SST	DIRECCIÓN DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN
1	12/10/2018	Modificación	COORDINADOR DE SST	DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
2	15/12/2023	Modificación y cambio de logo institucional	COORDINADOR DE SST	DIRECCIÓN DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN