	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E	CÓDIGO:
	FORMATO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA INGRESO DE PERSONA JURÍDICA	CJ-C-F-010
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL Y SOPORTE JURÍDICO	VERSIÓN:
	SUBPROCESO: CONTRATACIÓN	V01-2025

NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO	CENTRO CARDIOLOGICO JAC
CARGO	C.C. 901.758.656-3
FECHA	CEL.:

FORMATO DE VERIFICACION

No.	DOCUMENTOS SOLICITADOS	VERIFICACIÓN
1	Certificado de existencia y representacion legal	✓
2	Oferta y/o propuesta economica	✓
3	Cedula de ciudadania del Representante Legal	✓
4	~~Copia Libreta militar o certificado de definición de situación militar (Aplica para personal masculino menor de 50 años)~~	~~N/A~~
5	Certificado de Antecedentes Fiscales Representante Legal - Contraloria	✓
6	Certificado de antecedentes disciplinarios Representante Legal - Procuradura	✓
7	Constancia de consulta de antecedentes penales Representante Legal- Policía Nacional	✓
8	Constancia de consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas Representante Legal	✓
9	Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	✓
10	Certificado de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de 18 años	✓
11	Certificado de antecedentes disciplinarios Empresa - Procuradura	✓
12	Certificado de Antecedentes Fiscales Empresa - Contraloria	✓
13	Formato Declaración de bienes y rentas (SIGEP)- Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Contratistas-Funcionarios)	✓
14	Certificados de experiencia	✓
15	Certificado de la cuenta bancaria	✓
16	Planilla y/o certificado de Seguridad Social	✓
17	Registro Único Tributario RUT	✓
18	Formato SARLAFT (FIRMA Y HUELLA)	✓
19	Pantallazo de Registro en el SECOP II como Proveedores	✓
20	Hoja de Vida de los Especialistas	✓
21	Hoja de Vida de los Equipos	N/A

Verificó Contratación

Nombre: Andy Cardenas
Cargo: Apoyo contratacion
Fecha: 16/07/2026
Firma: Andy Cárdenas

Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de julio de 2026 Hora: 14:39:49
Recibo No. AB26288177
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2628817791A3C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S.
Nit: 901758656 3 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No.	03736849
Fecha de matrícula:	29 de septiembre de 2023
Último año renovado:	2026
Fecha de renovación:	10 de abril de 2026
Grupo NIIF:	Grupo III.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	Cr 19 102 71 53 Cs 615
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico:	ccjac.gerencia@gmail.com
Teléfono comercial 1:	3114250949
Teléfono comercial 2:	No reportó.
Teléfono comercial 3:	No reportó.

Dirección para notificación judicial:	Cr 19 102 71 53 Cs 615
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación:	ccjac.gerencia@gmail.com
Teléfono para notificación 1:	3212328417
Teléfono para notificación 2:	No reportó.
Teléfono para notificación 3:	No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

María Fernanda Ávila Cristancho

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de julio de 2026 Hora: 14:39:49
Recibo No. AB26288177
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2628817791A3C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Documento Privado del 31 de agosto de 2023 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de septiembre de 2023, con el No. 03022239 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S..

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 1 de septiembre de 2070.

OBJETO SOCIAL

La Sociedad tendrá por objeto social: A) Prestar Servicios de Salud en todos los niveles, complejidades y especialidades definidas por la Ley; en forma directa o a través de profesionales idóneos. B) Hacer uso de recursos técnicos, humanos y equipos médicos necesarios para la práctica de la medicina general y especializada, odontología y otras ciencias AFINES A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, con énfasis en Cardiología invasiva, medicina Interna y Subespecialidades de la rama; Nefrología y Hemodinamia, Anestesiología, medicina crítica y de cuidado intensivo, Neurología, Neumonía, cirugía plástica, cirugía reconstructiva, cirugía estética, Radiología, ortopedia, medicina deportiva, física, y de rehabilitación, toma de exámenes e imágenes diagnosticas, con equipos de última generación en todas las especialidades, mediante la creación, construcción y operación de las unidades Renales y de hemodinamia, así como los servicios médico - quirúrgicas para la atención de patologías de la población pediátrica y adulta. C) Planear, realizar, desarrollar y ejecutar protocolos de investigación y control de todo tipo de enfermedades, en todas las ramas de la medicina; inclusive en el campo de enfermedades catastróficas, crónicas, de alto costo, así como la comercialización, suministro distribución de medicamentos, para todo tipo de enfermedades incluyendo las raras y/o huérfanas. D) Realizar capacitaciones y proyectos de educación médica continuada. E) Elaborar, diseñar, difundir, enseñar, distribuir y permitir la

utilización de procesos, procedimientos y/o investigaciones médicas a nivel nacional e internacional. F) Diseñar, elaborar, adquirir, distribuir de manera exclusiva, comercializar, importar y Exportar, fabricar, productos e insumos farmacéuticos, productos naturales y biológicos de consumo humano, productos químicos, material quirúrgico, equipos médicos y hospitalarios, productos de aseo personal o cosmético, relacionados con el servicio de salud, bien sea para su uso operativo o para comercializar o suministrar a terceros; y de materiales y dispositivos médicos del sector de la salud a nivel nacional y/o internacional. G) Adquirir, registrar u obtener utilidad de los derechos de autor, así como de patentes, marcas y nombres comerciales de líneas de productos para la salud y permitir a terceros su utilización y comercialización. H) Contratar con empresas públicas o privadas y prestar servicios médicos primarios a domicilio y hospitalarios cuando las necesidades del servicio lo requieran. 1) Auditar y prestar consultoría y asesoría técnica en servicios de salud, servicio al cliente y demás actividades propias relacionadas con la prestación de servicios de salud a todo nivel. J) Realizar exámenes de medicina laboral u ocupacional para sus colaboradores, empleados o contratistas, como a terceros y el público general. K) Ejecutar todos los actos de comercio pudiendo fabricar reparar, importar yio comercializar, participar en licitaciones y actuar por si misma o por intermedio de sus representantes ante cualquier persona natural o jurídica, privada, oficial o mixta, nacionales o extranjeras, L) Comprar, vender, fabricar, Comercializar importar y exportar todo tipo de equipos, bienes y servicios para las empresas estatales y/o privadas que lo requieran; de igual manera la sociedad podrá representar fábricas, empresas o firmas nacionales y/o extranjeras, para la comercialización, distribución a nivel nacional o internacional de esos bienes y servicios de carácter médico o relacionado con este. M) Representar casas nacionales y/o extranjeras dedicadas a la fabricación y/o comercialización de equipos médicos y sus correspondientes repuestos. N) Adquirir vender a cualquier título toda clase de muebles e inmuebles tales como maquinaria y equipos, terrenos y edificios, yacimientos mineros, patentes o concesiones, y hacer el montaje necesario para el desarrollo de los objetivos sociales de la empresa. O) Invertir sus fondos disponibles en bienes muebles e inmuebles que produzcan rendimiento periódico o renta fija. P) Negociar toda clase de títulos valores de libre comercialización en el mercado. Q) Tomar o dar dinero en préstamo, hipotecar, pignorar sus bienes muebles o inmuebles, solicitar y/o tramitar cartas de crédito, aceptaciones bancarias, en general. R) Girar, endosar,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de julio de 2026 Hora: 14:39:49
Recibo No. AB26288177
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2628817791A3C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

adquirir, aceptar, cobrar, protestar, cancelar, o pagar letras de cambio, cheques títulos ejecutivos y/o cualesquiera otros efectos de comercio o aceptarlos en pago y ejecutar en general, celebrar cuantos actos o contratos se relaciones directa o indirectamente con las operaciones industriales, comerciales, o financieras inherentes o concordantes con los fines de la sociedad. S) Importar o exportar bajo los sistemas especiales de intercambio comercial, así como realizar operaciones de comercio exterior bajo las modalidades vigentes sin perjuicios de que ellas involucren formas de financiación diversas, solicitar la aprobación de programas especiales de importación. T) Constituir compañías filiales, promover, formar y organizar sociedades, asociaciones, uniones temporales o empresas de cualquier especie o tipo legal, vincularse a ellas mediante la adquisición de acciones, cuotas o derechos sociales en las mismas y en general celebrar todas las operaciones y contratos directamente relacionados con el objeto social y todos aquellos que tengan como finalidad cumplir obligaciones legales o convencionalmente derivados de la existencia y de las actividades desarrolladas por la empresa. U) Obtener derechos de propiedad sobre marcas, patentes, dibujos e insignias comerciales, conseguir registros de marcas, y patentes o privilegios y cederlos a cualquier título. V) Desarrollar y ejecutar políticas de inversión, desarrollo y ejecución de proyectos afines en todo el territorio nacional o en el extranjero y en general emprender, desarrollar y llevar a cabo cualquier otro tipo de actividad comercial licita permitida por las leyes de la libre competencia. W) La sociedad no podrá constituirse en garante de obligaciones ajenas, ni caucionar con bienes sociales obligaciones distintas a las propias, a menos que las autorice la Asamblea General de Accionistas para cada caso en concreto. En desarrollo del objeto social, la sociedad podrá mudar la forma o naturaleza de sus bienes, constituir hipotecas y aceptarlas, celebrar contratos de arrendamientos, compraventa y usufructo, adquirir y utilizar toda clase de bienes muebles o inmuebles destinados al cumplimiento del objeto social, inclusive acciones de otras sociedades de objeto social igual o similar y pignorarlos, arrendarlos o venderlos; dar y aceptar prendas y fianzas, tomar dinero en mutuo y darlo con intereses, celebrar cualquier clase de actos y contratos relacionados directamente con dicho objeto social y destinados a su cumplimiento. En general la Sociedad podrá realizar, en Colombia y en el Exterior cualquier actividad licita, comercial o civil. Especialidad en Urológia.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de julio de 2026 Hora: 14:39:49
Recibo No. AB26288177
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2628817791A3C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $150.000.000,00
No. de acciones	: 150.000,00
Valor nominal	: $1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $150.000.000,00
No. de acciones	: 150.000,00
Valor nominal	: $1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	: $150.000.000,00
No. de acciones	: 150.000,00
Valor nominal	: $1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tendrá un Representante legal quien a su vez será el gerente de libre nombramiento y remoción por la asamblea de accionistas, el cual tendrá un subgerente, quien lo reemplazará en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, en su orden correspondiente, es decir, a falta del gerente, lo reemplazara el Subgerente; las anteriores designaciones y remociones corresponderán también a la asamblea de accionistas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

El Representante Legal puede celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de la sociedad hasta en cuantía equivalente a trecientos (300) SMLMV, para sumas superiores deberá contar con la aprobación de la asamblea de accionistas; en especial el gerente tendrá las siguientes Facultades: a) Representar a la Sociedad judicial o extrajudicialmente ante los

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 10 de julio de 2026 Hora: 14:39:49
Recibo No. AB26288177
Valor: $ 12,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2628817791A3C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

accionistas, ante terceros y ante toda clase de autoridades judiciales, civiles o administrativas, nacionales e internacionales; b) Dentro de los normas y orientaciones que dicte la Asamblea General de Accionistas, dirigir los negocios de la sociedad, vigilar los bienes de la misma, sus operaciones, contabilidad y correspondencia; c) Cumplir y hacer cumplir los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas; d) Nombrar y remover libremente a los empleados de la sociedad cuya designación o remoción no corresponda a la Asamblea General de Accionistas; e) Delegar determinadas funciones de su cargo en sus suplentes o en otros empleados de la sociedad, con previa autorización de la Asamblea General de Accionistas y dentro de los limites señalados en los Estatutos; f) Constituir los apoderados judiciales y extrajudiciales que obrando bajo sus órdenes juzgue necesario, siempre que tales facultades sean compatibles con la naturaleza de su cargo y las limitaciones de sus propias limitaciones; g) Convocar a Asamblea General de Accionistas de acuerdo con la Ley y estos Estatutos; h) Cuidar del recaudo e inversión de los fondos de la sociedad; i) Velar porque todos los empleados de la sociedad cumplan estrictamente sus deberes y poner en conocimiento de la Asamblea General de Accionistas las irregularidades o faltas graves que ocurran sobre el particular; j) Presentar un informe de su gestión a la asamblea general de accionistas en sus reuniones ordinarias y el balance general de fin del ejercicio, junto con el proyecto de distribución de utilidades. k) Firmar, letras, pagares. Girar cheques, libranzas, contratos de alquiler de cualquier índole y negociarlos 1) Convocar a la asamblea general de accionistas a las reuniones ordinarias y extraordinarias. m) Nombrar los árbitros que correspondan a la sociedad en virtud de los compromisos, cuando así lo autorice la asamblea general de accionistas. n) Constituir los apoderados judiciales necesarios para la defensa de los intereses sociales o) Ejercer las demás funciones que le delegue la Asamblea General de Accionistas. Facultades del subgerente: El subgerente o Suplente del representante legal, también ostentara amplias facultades como las establecidas para el Gerente o representante legal con las limitaciones de cuantía establecidas para ejecutar todos los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y que se relacionen con el giro ordinario del objeto social.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 003 del 12 de febrero de 2025, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 20 de febrero de 2025 con el No. 03210084 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Diana Lorena Gallego Quiceno	C.C. No. 41947540

Por Documento Privado del 31 de agosto de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de septiembre de 2023 con el No. 03022239 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Suplente (Subgerente)	Andres Sebastian Aguirre Rodriguez	C.C. No. 1069740413

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Acta No. 02 del 21 de mayo de 2026 de la Asamblea de Accionistas	03397117 del 22 de mayo de 2026 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean

resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8699
Actividad secundaria Código CIIU: 8621
Otras actividades Código CIIU: 4645, 7730

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 3.217.409.534
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8699

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 2 de octubre de 2023. Fecha de envío de información a Planeación : 22 de mayo de 2026. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75%

en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

MARIO FERNANDO AVILA CRISTANCHO

CENTRO CARDIOLÓGICO JAC S.A.S.

Actividad Económica Principal 8699
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Cotización

Q2

Representación Gráfica

Fecha de Generación	10/07/2026 14:06
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S.
NIT	901758656
Obligación	IVA
Email	CCJAC.GERENCIA@GMAIL.COM
Teléfono	3212328417
Dirección Fiscal	CL 64 J NO. 72 A 19 T 8 - 502, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT	891800395
Obligación	NO APLICA
Email	gerencia@hrm.gov.co
Teléfono	7282360
Dirección	CL 4 A 9 101
Ciudad, Depart.	MONIQUIRA, BOYACA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	INS-OFT-MON-001	LIO PMMA APPALENS 207	1	EA	$120,000.00		$120,000.00	$120,000.00
2	INS-OFT-MON-002	LIO ACRYFOLD 601	1	EA	$120,000.00		$120,000.00	$120,000.00

2

Subtotal	$240,000.00
TOTAL	$240,000.00

COTIZACION LENTES IVA INCLUIDO

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE



Cotización

Q2

Representación Gráfica

Fecha de Generación	10/07/2026 14:08
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Otro

No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	CORVITA SAS
NIT	901189138
Obligación	NO APLICA
Email	johannaflorez11@gmail.com
Teléfono	3156394860
Dirección Fiscal	CARRERA 21 No. 103-51, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPR
NIT	891800395
Obligación	NO APLICA
Email	gerencia@hrm.gov.co
Teléfono	7282360
Dirección	CL 4 A 9 101
Ciudad, Depart.	MONIQUIRA, BOYACA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	INSUMO 001	LIO PMMA APPALENS	1	EA	$140,000.00		$140,000.00	$140,000.00
2	INSUMOS 002	LIO ACRYFOLD 601	1	EA	$140,000.00		$140,000.00	$140,000.00

2

Subtotal	$280,000.00
TOTAL	$280,000.00

COTIZACION PARA EL HOSPITAL MONIQUIRA

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CENTRO CARDIOVASCULAR DE

Actividad Económica Principal 8699
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Cotización Q5

Representación Gráfica

Fecha de Generación	10/07/2026 14:12
Fecha de Vencimiento	10/07/2026 14:12
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	CENTRO CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA S.A.S
NIT	901758658
Obligación	IVA
Email	CCC.GERENCIA2023@GMAIL.COM
Teléfono	3105109763
Dirección Fiscal	CL 76 NO. 66 26 T 2 205, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPR
NIT	891800395
Obligación	NO APLICA
Email	diego.juridico@hrm.gov.co
Teléfono	7282360
Dirección	CL 4 A 9 101
Ciudad, Depart.	MONIQUIRA, BOYACA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	OFTALMOLOGIA 001	LIO PMMA APPALENS 207	1	EA	$134,800.00		$134,800.00	$134,800.00
2	OFTALMOLOGIA 002	LIO ACRYFOLD 601	1	EA	$134,800.00		$134,800.00	$134,800.00

2

Subtotal	$269,600.00
TOTAL	$269,600.00

VALIDO POR 5 DIAS, A PARTIR DEL ENVIO DE ESTA

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

Software DATAICO fabricado por DATAICO SAS 901223648

CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S

CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS
NIT: 901758656-3

Bogotá, 10 de julio de 2026

Doctora
Ana Maritza Dávila Barón
Gerente
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA

Estimada Doctora,

Por medio de la presente el grupo **CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S.** con NIT **901758656-3** en cabeza de **DIANA LORENA GALLEGO QUICENO** como representante legal con cédula de ciudadanía 41.947.540 de Armenia, tiene el interés de presentar la propuesta para la **PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA para el E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA.**

Manifiesto que he leído y conozco las condiciones para contratar con el **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA** por lo que la propuesta se encuentra ajustada a esta y cumplo con los requisitos vigentes de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía de la calidad, además expreso que toda la información aportada es veraz y susceptible de comprobación, y que en caso de suscribir el contrato me comprometo cumplir las obligaciones descritas en el contrato.

Expreso además bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en las inhabilidades o incompatibilidades establecidas en la Constitución política, la Ley 80 de 1993 y demás normas legales aplicables para contratar con la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA.**

De igual forma me comprometo bajo la gravedad del juramento a no divulgar o utilizar la información confidencial y reservada suministrada por el **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA** sin autorización de éste.

Cordialmente

Diana Lorena Gallego Quiceno
Representante Legal

Cra. 19 NO. 102-71/53 Consultorio 615 TB Clínica La Sabana Bogotá D.C celular: 3114250949
e-mail: gerencia@ccjac.com.co direccionadministrativa@ccjac.com.co

CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS
NIT: 901758656-3

Bogotá, 10 de julio de 2026

Doctora
Ana Maritza Dávila Barón
Gerente
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA

Estimada Doctora,

Es un privilegio hacer parte del equipo de especialistas del Hospital; nuestro objetivo es vincularnos ofreciendo oportunidad, accesibilidad, pertinencia, tecnología y calidad humada.

Oferta de servicios médicos especializados en el área de oftalmología:

1. Óptica y consulta por optometría

Consulta programada de 20 minutos que tiene como objetivo la prevención, diagnóstico, tratamiento de los defectos de la visión a través de lentes oftalmológicos, contactología y ortóptica.

2. Consulta especializada por Oftalmología

Consulta programa de 15 minutos enfocada en la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades relacionadas con el globo ocular y el sistema visual.

Incluye: Visiometría, Biomicroscopia en lampara de hendidura, Toma de presión intraocular, Evaluación de fondo de ojo

Complementariedad con otras subespecialidades oftalmológicas a necesidad del servicio.

3. Equipos de apoyo diagnóstico de Alta Tecnología en Oftalmología

En nuestro compromiso por ofrecer atención de vanguardia y proporcionar diagnósticos precisos, contaremos con equipos de alta tecnología en oftalmología. Estos dispositivos nos permiten ofrecer servicios de última generación, garantizando diagnósticos exactos y tratamientos efectivos para una amplia variedad de afecciones oculares. A continuación, detallamos las aplicaciones específicas de cada uno de estos equipos:

Biometría: Permite calcular la longitud axial del globo en ocular para el manejo y seguimiento de defectos refractivos, así como para calcular el poder del lente intraocular en cirugía de catarata.

- Campo visual computarizado: Valora la visión central y periférica.
- Ultrasonografía: Examina el cristalino y la retina en casos de medios opacos, también como apoyo para patologías del polo posterior como tumores.
- Tomografía de coherencia óptica Anterior: Permite un análisis preciso de la córnea, ángulos camerulares, cuerpo ciliar y el iris.
- Tomografía de coherencia óptica posterior: Examina la capa interna de la retina, nervio óptico y la coroides.
- Fotografía del segmento anterior y posterior: Permite observar con detalle condiciones estructurales.
- Topografía corneal: Estudio tomográfico que examina detalladamente las curvaturas de la córnea en cara anterior, cara anterior y posterior; con su respectivo grosor corneal.
- Paquimetría corneal: Medición del grosor corneal.

Para el correcto funcionamiento de las ayudas diagnosticas mencionadas, el **HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ** deberá designar un espacio adecuado y específico para la instalación de los equipos, como el Tomógrafo, Ecógrafo, Paquímetro y Laser, entre otros. Estos equipos requieren un ambiente apropiado que garantice tanto su correcto funcionamiento como la comodidad y seguridad de los pacientes. Es esencial que el espacio cuente con las condiciones necesarias en términos de infraestructura, electricidad, ventilación y privacidad para ofrecer un servicio de calidad. La disposición adecuada de estos equipos será crucial para optimizar los tiempos de atención y asegurar que cada paciente reciba un diagnóstico preciso y efectivo.

Proceso de Prestación de Servicios con equipos de Ayuda Diagnostica:

La prestación de los servicios con equipos de Ayuda Diagnostica se llevará a cabo de manera eficiente y ordenada, asegurando la calidad y seguridad de cada paciente. El proceso comienza con el personal administrativo, quien será responsable del registro de las citas, garantizando que la agenda esté correctamente organizada para una atención oportuna.

Una vez que el paciente sea dirigido al área correspondiente, la auxiliar de enfermería, debidamente capacitada por el proveedor de cada equipo y por el especialista, será la encargada de realizar las pruebas diagnósticas. La auxiliar operará de forma autónoma los equipos de diagnóstico, asegurándose de seguir los procedimientos establecidos y de ofrecer una atención personalizada y segura al paciente.

Durante la realización de cada estudio, la auxiliar de enfermería velará por el confort del paciente, brindándole las indicaciones necesarias antes, durante y después del procedimiento. Al finalizar las pruebas, la auxiliar de enfermería procederá a entregar los resultados al paciente para que este programe una consulta ambulatoria con el especialista para su análisis, garantizando que cualquier recomendación o cita de seguimiento sea adecuadamente coordinada.

Todo el proceso se llevará a cabo bajo altos estándares de calidad y seguridad, proporcionando diagnósticos precisos y un servicio de atención eficiente.

Proceso de Prestación de Servicio de Láser Yag: Iridotomía asistida Iridoplastia Capsulotomía Trabeculoplastia

El servicio de Láser Yag se prestará de manera exclusiva en el consultorio, garantizando un ambiente adecuado y controlado para la realización de los procedimientos. Este servicio será administrado únicamente por los especialistas oftalmológicos, quienes cuentan con la formación y experiencia necesaria para llevar a cabo los tratamientos láser de forma segura y eficaz. El proceso comienza con la evaluación clínica detallada del paciente, seguida de la planificación del tratamiento láser más adecuado, según la patología ocular a tratar. Durante el procedimiento, se asegurarán condiciones óptimas para el paciente, priorizando su comodidad y seguridad en todo momento. Al finalizar el tratamiento, se brindarán las indicaciones correspondientes para el seguimiento adecuado y la recuperación postoperatoria, garantizando un monitoreo continuo de los resultados obtenidos.

Recomendaciones Post-Procedimiento:

Todas las recomendaciones serán entregadas al paciente por escrito y explicadas detalladamente para garantizar su comprensión. Asimismo, se dará un contacto de emergencia o una línea directa para que el paciente pueda consultar cualquier duda o inquietud que surja post procedimiento. Además, se coordinarán las citas de control necesarias para el seguimiento de la recuperación y para asegurar que los resultados del procedimiento sean los esperados. Este enfoque integral asegura que cada paciente reciba la atención continua y personalizada necesaria para su óptima recuperación y el éxito a largo plazo del tratamiento realizado.

A partir de la fecha, los siguientes servicios ya están disponibles para ser programados:

- ✓ Ecografía Ocular Modo A y B
- ✓ Estudio de campo visual central o periférico computarizado
- ✓ Fotografía a color del segmento anterior del ojo
- ✓ Fotografía a color del segmento posterior del ojo
- ✓ Resonancia magnética de orbitas

- ✓ Tomografía óptica de segmento anterior
- ✓ Tomografía óptica de segmento posterior
- ✓ Topografía computada corneal por elevación
- ✓ Paquimetría

Los pacientes interesados pueden coordinar sus citas a través del departamento administrativo del **HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ**, quienes proporcionarán toda la información necesaria sobre la programación, requisitos y disponibilidad de los servicios. De esta manera, buscamos asegurar una atención oportuna y de calidad para cada uno de nuestros pacientes.

4. Cirugía Oftalmológica Convencional:

Cirugía de catarata más implante de lente intraocular
Cirugía de pterigión
Cirugía de parpados y vía lagrimal
Cirugía para el manejo del glaucoma
Entrecruzamiento corneal ocrosslinking
Biopsias
Entre otras

Equipos de Cirugía:

- ✓ Microscopio quirúrgico Topcon OMS 90.

Suministro de Material Instrumental Complementario para Cirugías

Con el fin de asegurar la correcta ejecución de los procedimientos quirúrgicos, pondremos a disposición el material instrumental complementario necesario para las cirugías, según los requerimientos específicos de cada intervención. Este material será suministrado para complementar los recursos ya disponibles, garantizando que el equipo médico cuente con los instrumentos adecuados para llevar a cabo los procedimientos de manera segura y eficiente.

Recomendación sobre consultas Postoperatorio

Con el objetivo de optimizar la calidad de la atención y fortalecer la relación médico-paciente, se recomienda que los seguimientos postoperatorios sean realizados por el especialista que haya llevado a cabo el procedimiento. Esta práctica no solo garantiza un monitoreo más preciso y adecuado del proceso de recuperación, sino que también favorece una interacción más cercana y personalizada con el paciente, lo cual contribuye a fortalecer

la confianza y el vínculo entre el paciente y el profesional de la salud, mejorando así los resultados a largo plazo del tratamiento.

Nota: El suministro incluirá todos los insumos y dispositivos necesarios para la correcta ejecución de los procedimientos oftalmológicos, abarcando materiales esenciales como viscoelásticos, cuchilletes, colorantes, lentes intraoculares, tejidos, expansores, entre otros. Estos insumos son fundamentales para asegurar la calidad, seguridad y efectividad de cada intervención. Además, se proporcionarán los equipos y materiales de soporte específicos requeridos para cada procedimiento, garantizando que el tratamiento se realice con los estándares más altos de precisión y cuidado para el paciente.

Otras:

Aplicación terapéutica de sustancia en cámara anterior.
Aplicación terapéutica de sustancia en cámara vítrea.
Aplicación de Toxina botulínica terapéutica.

5. Rehabilitación visual

Nuestra promesa es prevenir, controlar los riesgos, atender de forma temprana y oportuna las necesidades visuales y estabilizar las condiciones de enfermedad ya instauradas; impactando en la calidad de vida de las personas, la familia y la comunidad.

La unidad de Oftalmología cuenta con: Dos especialistas en Oftalmología Clínica con experiencia docente y asistencial, para manejo de pacientes en consulta externa, hospitalización, urgencias y unidades de cuidados intensivos, de esta manera se puede garantizar la prestación de servicios en la especialidad de Oftalmología en las secciones de manejo y seguimiento intrahospitalario, investigación, docencia, juntas médicas y respuesta a interconsultas, así como un manejo integral en el servicio de Oftalmología

El grupo maneja los pacientes con una filosofía de mantener altos estándares de calidad técnica y humana, trabajando bajo el principio de altos estándares de calidad.

Condiciones de contratación:

1. La propuesta de servicios de personal para el servicio de oftalmología clínica
2. A través de esta contratación nos comprometemos a ofrecer idoneidad y presencia continua en el hospital de un Médico Especialista con entrenamiento formal y amplia experiencia en el tratamiento de las diferentes patologías
3. El grupo se compromete a adherirse y a cumplir con las guías, procedimientos y protocolos que siga el Hospital.

4. El Hospital contará con 1 Médico Especialista en oftalmología de 3 días al mes de 10 horas y si se requiere mayor disponibilidad se llegará a mutuo acuerdo
5. El hospital tendrá a disposición del grupo; enfermera jefe, auxiliares de enfermería, camillero; con funciones asistenciales en cada servicio.

Cordialmente

Diana Lorena Gallego Quiceno
Representante Legal

CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS
NIT: 901758656-3

Bogotá, 10 de julio de 2026

Doctora
Ana Maritza Davila Baron
Gerente
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA

Estimada Doctora,

El Centro Cardiológico JAC pone a su disposición la propuesta económica, cuyos detalles se exponen a continuación:

El CONTRATANTE pagará un valor del SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) de la tarifa estipulada en los manuales tarifarios pactados entre los aseguradores y el hospital por la realización de consultas, interconsultas, tele consultas y juntas quirúrgicas de la especialidad de oftalmología en los ítems de Honorarios Médicos.

El CONTRATANTE pagará un valor del SESENTA POR CIENTO (60%) de la tarifa estipulada en los manuales tarifarios pactados entre los aseguradores y el hospital por los Derechos de sala que correspondan al grupo facturado.

El CONTRATANTE pagará un valor del SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) de la tarifa estipulada en los manuales tarifarios pactados entre los aseguradores y el hospital por los Honorarios del Ayudante Quirúrgico que correspondan al grupo facturado.

El CONTRATANTE pagará un valor del SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) de la tarifa estipulada en los manuales tarifarios pactados entre los aseguradores y el hospital por los Honorarios del anestesiólogo que correspondan al grupo facturado.

El CONTRATANTE pagará un valor del SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) de la tarifa estipulada en los manuales tarifarios pactados entre los aseguradores y el hospital por los Estudios de Apoyo Diagnostico que correspondan al grupo facturado.

El CONTRATANTE acordará previamente la tarifa a pagar, de la tarifa estipulada en los manuales tarifarios pactados entre los aseguradores y el hospital por los Servicios Particulares prestados por los especialistas que correspondan al grupo facturado.

Nota: Se cobrará la tarifa del SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) en los estudios de Apoyo diagnóstico, así como, procedimientos e intervenciones quirúrgicas que se

encuentren por fuera del manual tarifario y en la cuales la institución hospitalaria realizará una resolución para determinar tarifas propias.

El CONTRATANTE pagará los primeros 10 días del mes calendario el total de la factura generada por el prestador

Como grupo de Servicio de oftalmología, nos adaptaremos a todo el sistema de gestión documental, políticas y programas, guías, protocolos y procedimientos institucionales que el **HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA** nos establezca.

En virtud de lo anterior, consideramos conveniente organizar una mesa técnica para abordar posibles áreas de mejora, identificar apoyos adicionales y explorar estrategias que optimicen el servicio actualmente en funcionamiento.

Agradecemos de antemano su amable atención y quedamos a su entera disposición para cualquier aclaración adicional o para atender cualquier solicitud relacionada.

Cordialmente,

Diana Lorena Gallego Quiceno
Representante Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.947.540**

GALLEGO QUICENO

APELLIDOS

DIANA LORENA

NOMBRES

Lorena Gallego

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1980**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-SEP-1998 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-8849505-00183683-F-0041947540-20091007 0016904495A 1 32858635

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 viernes 26 de junio de 2026, a las 14:03:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	41947540
Código de Verificación	41947540260626140323

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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298520763

PIB
14:10:22

Bogotá DC, 26 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) DIANA LORENA GALLEGO QUICENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 41947540:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:49:26 PM horas del 26/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **41947540**
Apellidos y Nombres: **GALLEGO QUICENO DIANA LORENA**

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.

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.araic-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 (https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/06/2026 01:58:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **41947540 .**

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. **142879853** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 41947540 **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 26/06/2026 02:30 PM

Código Verificación: **RW1ZFVJN4S**

Válida hasta: **24/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:16:50 horas del 26/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **41947540,** Apellidos y Nombres **GALLEGO QUICENO DIANA LORENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S.**, con NIT **901758656-3** 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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 298520923

PIB
14:12:19

Bogotá DC, 26 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), la persona CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S. identificado(a) con NIT número 9017586563:

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 viernes 26 de junio de 2026, a las 14:08:10, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	9017586563
Código de Verificación	9017586563260626140810

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

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	2026-07-10 23:26

Razón social

CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS

NIT

901758656	DV	3

Lugar de ubicación

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

Clase de entidad

Organismos no gubernamentales

Si es otra, cual?

Actúa en carácter de Representante Legal Sí [ ] No [X]

Servicios de la entidad:

Prestación de Servicios Profesionales Neurología, gastroenterologia y oftalmologia entre otras

Nombres y apellidos completos del representante legal

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	LORENA	GALLEGO	QUICENO

Documento de identificación del representante legal

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	41947540

Lugar de nacimiento del representante legal

País	COLOMBIA	Departamento	QUINDÍO	Municipio	ARMENIA

Lugar de domicilio del representante legal

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 REGIONAL DE MONIQUIRA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	MONIQUIRÁ

Dirección	["Calle 19 No. 8-108"]
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

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales	
Ingresos no operacionales	
Otros	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS 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 CORRIENTE	COLOMBIA	$0,00

Los bienes patrimoniales de CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Las acreencias y obligaciones vigentes de CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS a la fecha son:

Concepto	Saldo

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS realizó donaciones?

Sí [ ] No [X]

Las donaciones realizadas por CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

Nombre entidad	Valor

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) 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 son:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICOS No 486-2024

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
FECHA SUSCRIPCION	DICIEMBRE DOCE (12) DE 2024
CONTRATISTA	CENTRO CARDIOLOGIA JAC S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 901758656-3
VALOR	SETENTA MILLONES DE PESOS ($70.000.000.oo) M/CTE
OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA, EN LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS."
FECHA DE TERMINACION	HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DEL 2024
CDP	882-884-885

Entre los suscritos **ROSEMBERG RINCON RUA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.570.824 expedida en Bogotá, actuando en su condición de Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS Nit. 860020283-3**, nombrado mediante decreto departamental No. 0012 del 01 de abril de 2024, expedido por la Gobernación de Cundinamarca y posesionado mediante acta No. 054 del 02 de abril de 2024 en ejercicio de sus funciones y de la competencia otorgada por el Acuerdo No. 034 del 24 de octubre de 2024 "Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación del Hospital San José de Guaduas – Cundinamarca" y la Resolución No. 301 del 07 de noviembre de 2024 "Por la cual se establece y adopta el Manual de Contratación de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS – CUNDINAMARCA" y, quien en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte y por la otra, **MAURICIO ROMERO CASTRO**, identificado con cédula de ciudadanía No 79.986.015 expedida en Bogotá D.C , representante legal de **CENTRO CARDIOLOGIA JAC S.A.S** con Nit **901758656-3**, quien para efectos del presente contrato, se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato previas las siguientes **CONSIDERACIONES.1.** Que la Constitución Política de 1991, consagró la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual debe garantizar los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma, entendiendo la salud como

un estado óptimo de bienestar físico, mental y social, de tal forma que se consagra la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio sometido a dirección, coordinación y control del estado bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, entendiendo el modelo de salud del Estado Colombiano como un modelo solidario que busca proteger a la población más vulnerable a fin de garantizar la cobertura del servicio de salud y tener el mayor alcance posible. **2.** Que la Constitución Política en su artículo 49 establece: "(...) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones en la ley. Los servicios de salud se organizarán de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad". **3.** Que de conformidad con el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. **4.** Que con la contratación, de manera general se busca el cumplimiento de los fines estatales dispuestos en el artículo 3° de la Ley 80 de 1993, modificado por la Ley 1150 de 2007 según el cual los servidores públicos tendrán en consideración que al celebrar contratos y con la ejecución de los mismos, buscan el cumplimiento de la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ella en la consecución de dichos fines. Los particulares, por su parte, tendrán en cuenta al celebrar y ejecutar contratos con las entidades estatales que colaboran con ellas en el logro de sus fines y cumplen una función social que, como tal, implica obligaciones.**5** Que el artículo 32 de la Ley 80 de 1993 señala que son contratos estatales todos los actos jurídicos generadores de obligaciones que celebren las entidades a que se refiere el citado Estatuto, previstos en el derecho privado o en disposiciones especiales, o derivados del ejercicio de la autonomía de la voluntad, así como los que, a título enunciativo define la norma. **6** Que con la promulgación de la Constitución Política de 1991, la seguridad social y por ende la salud, se establecen como Derechos fundamentales, a los cuales deben tener acceso todos los habitantes del territorio Colombiano, sin distingo de raza, sexo, nacionalidad, condición política o social. **7.** Que, en desarrollo de este principio constitucional fundamental, se expide la Ley 100 de 1993, la cual ordena la creación de las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, como las empresas en virtud de las cuales el Estado presta sus servicios de salud.

8. Que en virtud de lo anterior, el Hospital San José de Guaduas, fue transformado en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS en virtud de la Ordenanza Nº 010 de 1996, proferida por la Asamblea Departamental de Cundinamarca, empresa de categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden Departamental con patrimonio y autonomía administrativa adscrita a la Dirección Seccional del Departamento e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuyo fin principal es la prestación de servicios de salud de primer nivel. **9.** Que la ESE Hospital San José de Guaduas, siendo un Hospital de primer nivel de atención, tiene como finalidad la prestación de servicios de salud; además, tiene a cargo 3 Municipios con cada una de sus sedes siendo éstos Guaduas, Caparrapí y Chaguaní y por ende es necesario garantizar la cobertura del servicio de salud a los habitantes de estos 3 municipios. Que la ESE Hospital San José de Guaduas no cuenta dentro de su planta de personal con el recurso humano suficiente para desarrollar la atención de los 56.827 habitantes (población DANE) de estos 3 municipios, en donde existen importantes patologías del sistema nervioso central y periférico, morbilidad en oftalmología especialmente patologías como cataratas, pterigios y glaucomas, así como patologías del tracto gastrointestinal que ameritan estudios de extensión, entre ellos realización de endoscopias y colonoscopías. Dado lo anterior, y considerando que la ESE es un hospital de primer nivel, que también realiza actividades de segundo nivel de atención conforme a las jornadas de salud establecidas, es pertinente contar con el talento humano que logre tratar estas patologías y brindar atención de servicios de salud a la población que las padece. **10.**En el desarrollo de la atención realizada en la Institución y de acuerdo a los motivos de consulta que no son resueltos por médicos generales, surge la necesidad de contratar al perfil de médico neurólogo, gastroenterólogo y oftalmólogo a través de una persona jurídica que preste estos servicios; conforme a lo anterior, la contratación de este perfil resulta costo-efectiva ya que tiene alto impacto en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, de los 3 municipios a cargo, en donde no sólo se resuelve las patologías específicas, sino que también se reducen gastos a la población especialmente aquella que habita en el área rural y rural dispersa evitando el desplazamiento de los pacientes hacia otros municipios (Faca, Bogotá, La Dorada, Mosquera, Honda…) para acudir a citas o procedimientos de estas especialidades, lo cual resultaría beneficioso para la población dado los diferentes determinantes sociales de la salud que impactan directamente la prestación de servicios.**11.**Que se tiene como finalidad realizar una adecuada búsqueda, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las diferentes patologías que se presenten, así como la prestación de los servicios de salud garantizando la calidad a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de la población a cargo. Que dentro del análisis de estas patologías, en la especialidad de neurología se considera el accidente cerebrovascular como uno de los motivos de consulta frecuentes en el servicio de urgencias, así como las enfermedades

neurodegenerativas dentro de la consulta externa; por otro lado, dentro de las especialidad de gastroenterologías, hay una necesidad sentida de realización de endoscopias de vías digestivas altas como método diagnóstico y de tamizaje en la población, así como la realización de colonoscopias; por otro lado, la enfermedad oftalmológica tipo presencia de cataratas, pterigios y glaucomas, se hace presente dado el tipo de población a cargo. **12.** Acorde con la producción reportada mediante la aplicación SIHO del Ministerio de salud y protección social como cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, para las vigencias 2020, 2021,2022 y 2023, se puede concluir lo siguiente: **13.**El promedio anual del número de consultas de medicina especializada urgentes realizadas: 180 - El promedio anual del número de consultas de medicina especializada electivas realizadas: 4274 -El promedio anual del número de pacientes en observación: 2060-El promedio anual del total de días de cama ocupados: 2566 **14.** Cabe resaltar que en dicho análisis de producción, se considera en las vigencias anteriores las especialidades habilitadas en su momento, entre ellas oftalmología; dado que no se contaba con habilitación para neurología ni gastroenterología, no harían parte de dicha producción. Por ende, se proyecta tener un incremento importante en la producción de medicina especializada así como en ventas de servicios de salud que generarán rentabilidad para la ESE. Dado que los servicios de neurología y gastroenterología en la ESE Hospital San José de Guaduas no estaba ofertado en años anteriores, no se cuenta con una estadística acorde a la producción encontrada; sin embargo, en la realización de los diferentes análisis de RIPS por servicios y por curso de vida, se evidencia la necesidad de contar con estas especialidades. **15.** Que además, la ESE Hospital San José de Guaduas ha demostrado un crecimiento progresivo en los últimos años en cuanto ha crecido en contratación con las diferentes EAPB y por ende, el crecimiento de la población a cargo; dado lo anterior, considerando las patologías presentadas, -en el ejercicio de la adecuada planeación-, se proyecta aperturar agendas para la especialidad de neurología y gastroenterología y fortalecer el servicio de oftalmología. Además, el contar con estas 3 especialidades hace que la ESE pueda brindar una oferta de servicios de manera más oportuna reduciendo tiempos de espera de dichas especialidades y se brinde apoyo a los médicos generales de la ESE en definición de pacientes bajo criterios clínicos y diagnósticos.**16.** Conforme al análisis de suficiencia de talento humano, la entidad da cumplimiento a lo estipulado en la Resolución 3100 de 2019 en su estándar de talento humano y define la cantidad de talento que requiere para la atención en los diferentes servicios. Es así como se analiza, que conforme la demanda que existe en la ESE Hospital San José de Guaduas para el servicio de neurología, gastroenterología y oftalmología, -especialmente en tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, así como en realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (endoscopias, colonoscopias y cirugías oftalmológicas)-, en aras de dar cumplimiento a los diferentes contratos establecidos con las EAPB, las necesidades de la población y la cobertura de los diferentes servicios que se

prestan, se hace necesario la contratación de estas especialidades. **17.** Demás, acorde al Sistema Obligatorio de Garantían de la Calidad -SOGC-, Decreto 780 del 2016, y en aras de garantizar el programa de Seguridad del Paciente, se requiere contar con el talento humano idóneo que garantice la oportunidad, accesibilidad, calidad y pertinencia en la atención; por ende, es necesario contar con una persona jurídica que preste el servicio de neurología, gastroenterología y oftalmología que garantice la prestación del servicio de salud a la población. **18.**Conforme a los servicios habilitados de la ESE Hospital San José de Guaduas, y con la viabilidad obtenida por la Secretaría de Salud de Cundinamarca en neurología y gastroenterología, considerando las necesidades de la población, en el marco de la atención integral de los servicios de salud y con el compromiso de dar cumplimiento a la calidad del servicio de salud; se hace indispensable y necesario efectuar la contratación de una persona jurídica que brinde estos servicios, garantizando así el adecuado funcionamiento de la entidad, el diagnóstico oportuno de los pacientes atendidos y de esta forma atender los requerimientos como ESE de primer nivel de atención, desarrollar los fines esenciales previstos y dar cumplimiento a las metas e indicadores dispuestos en el plan de gestión gerencial 2024-2028. **19**. Que existe disponibilidad presupuestal No. **882-884-885** del 29 de noviembre de 2024, para atender el pago del presente contrato. **20.** Que EL CONTRATISTA acredita la experiencia e idoneidad debida para el eficiente desempeño en el desarrollo del objeto contractual. **21.** Que para el suministro, LA ENTIDAD puede contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin necesidad de haber obtenido previamente varias ofertas. **22.** Que teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, el presente contrato se regirá por las cláusulas que se enuncian a continuación: **CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO**: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA, EN LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS. **CLÁUSULA SEGUNDA**: **OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: 1.** Velar por la administración, custodia y buen uso de los elementos, equipos y dotación que según el inventario hacen parte del servicio al cual se encuentren asignadas por relación de actividades. **2.** Dar cumplimiento de manera oportuna y efectiva a las actividades direccionadas por la dependencia de Planeación y Calidad y la Subgerencia científica con relación a los Planes Indicativos, Operativos, Plan de Gestión y Procesos de acreditación establecidos en la Institución, de acuerdo a los tiempos exigidos por los mismos. **3.** Establecer buenas relaciones entre el personal que labora en todas las áreas de la institución el fin de garantizar el trabajo armónico. **4.** Participar activamente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad responsabilizándose del cumplimiento de los estándares que se relacionen con los procesos misionales. **5.** Responsabilizarse del inventario a su

disposición y hacer buen uso de los insumos, dispositivos, medicamentos, equipos, instrumental y demás enseres puestos a su cuidado y manejo, con actualización permanente del inventario, informando oportunamente las necesidades de reposición o la falla de los mismos, so pena de responder como contratista, por el daño o pérdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que otorga el contratista y se entiende expresa y escrita en cada caso. **6.** Estricto cumplimiento del manual de Bioseguridad y Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. **7.** Cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 780 de 2016), así como el cumplimiento y mantenimiento en el tiempo de los estándares de habilitación, establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y las demás normas que la adicionen modifiquen o sustituyan. **8.** El contratista se compromete y obliga a contribuir desde el desarrollo de las actividades propias del objeto contractual con el programa de Humanización de la atención en la prestación de los Servicios de Salud, Programa de Seguridad del Paciente, la Implementación del Sistema de Gestión de Riesgos, el Modelo Integrado de Planeación y Calidad-MIPG y políticas adoptadas para el Programa de Gestión Ambiental de la ESE. **9.** El contratista se compromete con la ESE a ejecutar las actividades que le designe el supervisor. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**: **1.** Aplicar los conocimientos propios en las especialidades de neurología, oftalmología y gastroenterología en los diferentes servicios habilitados de la ESE Hospital San José de Guaduas, para la atención integral de la salud de los usuarios en sus fases de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento clínico y quirúrgico (cuando haya lugar) y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad, pertinencia, seguridad, y eficiencia de conformidad con los planes, políticas, programas, procesos y protocolos de atención en las diferentes especialidades de neurología, oftalmología y gastroenterología definidos por la institución para la prestación de los servicios en la E.SE. Hospital San José de Guaduas. **2.** Presentar la programación de las diferentes agendas de consulta externa y cirugía de manera oportuna (mínimo 15 días antes de la programación) a la subgerencia área de agendamiento (el Hospital dispondrá de las agendas programadas según demanda de los procesos y las necesidades institucionales) y dar cumplimiento a agenda de consulta brindada cada mes. **3.** Velar por la administración y custodia de los registros de historia clínica y los anexos de la misma, asegurando la correcta, oportuna y eficaz elaboración de los diferentes documentos, registros, fichas, notas de procedimientos, notas pre-operatorias, notas quirúrgicas y evoluciones postoperatorias, encuestas, informes, relativos a la prestación de los servicios, relacionada con los registros adecuados de Historia Clínica (física y/o electrónica) y todos sus anexos de acuerdo con las Resoluciones 1995 de 1999 y Resolución 839 de 2017 y el uso confidencial de la información, velando además porque ellos sean entregados oportunamente para los procesos administrativos, incluyendo la

identificación de eventos adversos, eventos SIVIGILA y el buen diligenciamiento de RIPS (Códigos CIE 10 y de procedimientos). **4.** Garantizar la aplicación de las guías de manejo, procedimientos y protocolos institucionales, adoptadas y/o adaptados por la ESE en cada uno de los servicios. Asimismo, apoyar el proceso de revisión, actualización y adopción de Guías, procesos y procedimientos del servicio de neurología, gastroenterología y oftalmología socialización de los mismos y adherencia a su aplicación en todas las actividades del servicio. **5.** Atender y solucionar las objeciones presentadas por el contratante relacionadas con la calidad, calidez, oportunidad y seguridad en la atención de los usuarios. **6.** Apoyar en la vigilancia epidemiológica e informar en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población del área de influencia que usted atiende, al igual que la participación, asignación y ejecución de los diferentes Comités Institucionales que se desarrollan a través de los diferentes procesos. **7.** Responder oportunamente por las glosas que se generen por falta de los soportes que deben acompañar cada una de las facturas, aportando oportunamente la evidencia y los soportes clínicos correspondientes para dar el trámite a la objeción o glosa. **8.** Dar cumplimiento estricto, de la evolución en el registro diseñado en el sistema de información (CNT) en el módulo de historia clínica, para garantizar el estándar mínimo de calidad de la institución; si por causa del mal diligenciamiento de la historia clínica o el mal manejo y/o deficiencia de la información allí consignada imputable al CONTRATISTA, el HOSPITAL no pueda hacer el recobro al asegurador correspondiente, el HOSPITAL podrá descontar el valor dejado de facturar o de recobrar de cualquiera de los pagos pendientes. PARÁGRAFO: Se deberá garantizar la correcta formulación médica incluyendo realización de formulación MIPRES y juntas médicas. **9.** Informar a los usuarios y a los familiares, sobre el diagnóstico, estado de salud, tratamientos a seguir y su pronóstico. **10.** Impartir recomendaciones y cuidados para el tratamiento de las enfermedades. **11.** Apoyar y fortalecer las competencias de los médicos generales en el campo de conocimiento en neurología, gastroenterología y oftalmología involucrando a los médicos en las valoraciones, consultas, respuesta a interconsultas y actos quirúrgicos que haya lugar. **12.** Atender y corregir oportunamente las solicitudes realizadas por la dependencia de Facturación y Auditoria Médica. **13.** Emitir conceptos técnicos en caso de ser requeridos por los organismos judiciales o de control. **14.** Verificar con el área de sistemas el cargue completo de las actividades realizadas y el cierre de las historias clínicas. **15.** Participar de los Comités Técnico Científico, Comité de Historias Clínicas, Auditoria Médica y seguimiento al Riesgo en Salud en los casos que este comité requiera de sus conceptos técnicos o científicos. **16.** Siempre actuar bajo los principios de ética profesional conservando el juramento médico, con especial énfasis en la beneficencia, no maleficencia, autonomía y la confidencialidad de la información clínica. **PARAGRAFO:** CONFIDENCIALIDAD: EL CONTRATISTA se obliga a no divulgar bajo ninguna circunstancia a cualquier persona, bien que labore o no en la institución, a no ser

que medie autorización escrita de la gerencia del Hospital o que los mismos constituyan delitos(caso en el cual acudirá a la instancia legal competente), los hechos o acontecimientos que sucedan en cualquier área de este y de los cuales tenga conocimiento por su quehacer diario, o por comunicación de terceros y en especial sobre los procedimientos asistenciales o administrativos que se siguen en la institución, o en relación con la atención de los usuarios, y de hacerlo, ello constituirá causal de incumplimiento del contrato. **17.** El contratista se compromete con la ESE a ejecutar las demás actividades que le designe el supervisor acorde al objeto contractual. **CLAUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL**: Por su parte la Empresa Social del Estado Hospital San José de Guaduas, adquiere como principal obligación para con EL CONTRATISTA, pagarle por el bien suministrado y además las siguientes: **1**. Hacer el respectivo registro presupuestal de acuerdo con la certificación previa. **2.** Realizar el seguimiento y control al desarrollo y cumplimiento del objeto contratado. **3.** Brindarle apoyo a EL CONTRATISTA para el cumplimiento del contrato. **4.** Las demás que sean afines y compatibles con este acto y permitan su plena ejecución encondiciones normales. **CLÁUSULA CUARTA.- VALOR O PRECIO**: Para todos los efectos legales y fiscales el presente contrato tiene un valor total de **SETENTA MILLONES DE PESOS ($70.000.000.oo) M/CTE,** incluido el IVA y todos los costos directos e indirectos en que se incurra. **CLÁUSULA QUINTA. FORMA DE PAGO:** Él Hospital San José de Guaduas pagará al contratista el valor/hora $115.000 que incluye realización de consultas e interconsultas que haya lugar por cada una de las tres especialidades ofertadas (neurología, oftalmología y gastroenterología); además, la ESE pagará al contratista un pago por procedimiento conforme a los servicios facturados por la ESE a las diferentes EAPB y de acuerdo al valor generado así: 70% para la empresa y 30% para el Hospital. Para la procedencia del pago se requiere que el CONTRATISTA presente: **1)** Cuenta de cobro, **2)** Documento equivalente a la relación de actividades con previo el visto bueno del supervisor contractual **3)** Presentación de los anteriores documentos ante el área financiera, con la acreditación por parte del contratista del cumplimiento de las obligaciones con el sistema de seguridad social integral consagrado en la Ley (salud, pensión y riesgos profesionales), aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF, y servicio Nacional de Aprendizaje SENA, cuando a ello hubiere lugar (artículo 50 de la ley 789 de 2002, artículo 1 de la ley 828 de 2003). Se requiere que el Contratista presente el correspondiente soporte de facturación, en los últimos siete (07) días del mes. Se deberá presentar al supervisor lo siguiente: 1 Factura con los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren. 2. Certificación original de pago de aportes parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar) y de aportes patronales (Pago de aportes en pensión, salud al sistema de seguridad social y riesgos laborales), expedida por el revisor fiscal de la empresa o por el representante legal de la misma. 3. Certificación de cumplimiento emitida por el Supervisor del Contrato. Los pagos aquí

mencionados se harán de acuerdo al código **2450209008** y al certificado de disponibilidad Presupuestal N° **882-884-885** expedido por el área de presupuesto para la vigencia fiscal 2024, el cual se anexa y hace parte integral del presente contrato. **CLÁUSULA SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN**: El presente contrato deberá ejecutarse a entera satisfacción hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2024. **CLÁUSULA SEPTIMA: EXCEPCIÓN DEL PAGO DE PRESTACIONES**. El Contratista no tendrá derecho a ninguna prestación distinta a lo pactado expresamente en la cláusula tercera del presente contrato, razón por la cual con este contrato no existe ningún vínculo laboral entre la E.S.E Hospital San José de Guaduas y el Contratista. **CLÁUSULA OCTAVA: REGISTRO PRESUPUESTAL Y SUJECIÓN A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES**. La E.S.E. Hospital San José de Guaduas, se obliga a reservar la suma de **SETENTA MILLONES DE PESOS ($70.000.000.oo) M/CTE**, que será tomada del presupuesto asignado para la vigencia fiscal 2024. **CLÁUSULA NOVENA: MULTAS**. En caso de incumplimiento parcial o mora e incumplimiento de las obligaciones por parte del CONTRATISTA, este pagará a la E.S.E. Hospital San José de Guaduas, multas sucesivas del 0.1% del valor del contrato por cada día de mora las cuales podrán ser descontadas de los créditos a favor del CONTRATISTA. **CLÁUSULA DÉCIMA: PENAL PECUNIARIA**. En caso de incumplimiento total de las obligaciones de cualquiera de las partes, la parte incumplida indemnizará a la otra, en una cuantía del 10% del valor del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: CLÁUSULAS EXCEPCIONALES**. De acuerdo a lo previsto en el inciso 3 numeral 2 del artículo 14 de la Ley 80/93, la ESE Hospital San José de Guaduas, podrá declarar la caducidad del presente contrato, si se dan las situaciones previstas en el artículo 18 de dicha ley. Así mismo la ESE Hospital San José de Guaduas la, podrá interpretar, modificar o terminar unilateralmente el presente contrato, si se dan las circunstancias previstas en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80/93. **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: AFILIACIÓN DEL CONTRATISTA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**. De conformidad con la Ley 100/93, Ley 90/1995, Ley 789/0453, Ley 797/0453 y Decretos 2170/2022 y 510/0453, El Contratista deberá afiliarse o estar afiliado al sistema de seguridad social. Dicho requisito será indispensable para que se efectúen los pagos por parte de la ESE Hospital San José de Guaduas, al Contratista. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA: CONTROL EN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO**. La ESE Hospital San José de Guaduas, por conducto del supervisor que le asigne la Gerencia, se supervisará y verificará la debida ejecución del presente contrato. Para tal efecto tendrá las siguientes atribuciones. Para tal efecto tendrá las siguientes atribuciones: 1) Verificar que el Contratista cumpla con las obligaciones descritas en la cláusula segunda del presente contrato. 2) Informar al Gerente de la E.S.E. Hospital San José de Guaduas, respecto a las demoras o incumplimiento de las obligaciones del Contratista. 3) Certificar respecto al cumplimiento del Contratista. Dicha certificación se constituye en requisito previo para el pago que se deba realizar. 4)

Elaborar el proyecto de acta de liquidación. 5) Las demás inherentes a la función desempeñada. **CLÁUSULA DECIMO CUARTA: CESIÓN**. EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: GARANTÍA**. Para garantizar el fiel cumplimiento de las obligaciones contractuales que atañen a EL CONTRATISTA, éste se obliga a constituir a favor de la entidad CONTRATANTE, con sus propios recursos, una garantía única que avalará el cumplimiento de las obligaciones del contrato, expedida por una COMPAÑÍA DE SEGUROS, establecida legalmente en Colombia; que deberá incluir los siguiente Amparos: **A) Póliza de cumplimiento** al objeto del contrato por valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato para garantizar el cumplimiento general del contrato y el pago de multas y sanciones, con una vigencia igual al término de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. **B) Calidad del servicio**, la cual se otorgara por un valor equivalente al quince por ciento (15%) del valor del contrato, cuya vigencia será de un (01) año a partir del acta de recibo del servicio a satisfacción. **C) Pago de salarios**, prestaciones sociales e indemnización laborales del personal a cargo del contratista; la que se otorgará en un porcentaje mínimo del cinco por ciento (5%) del valor del contrato y cuya vigencia será igual a la del contrato y tres (3) años más. **D) Responsabilidad civil extracontractual,** se otorgara una por valor correspondiente al treinta por ciento (30%) del valor de contrato, con una vigencia igual al término de ejecución del contrato y seis (6) meses más. **CLÁUSULA DECIMO SEXTA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**. El Contratista declara bajo juramento el cual se entiende prestado con la aceptación del presente contrato, que no se haya incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad y demás prohibiciones para contratar, previstos en la Constitución y la Ley. **CLÁUSULA DECIMO SÉPTIMA: DOCUMENTOS**. Hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos cuya presentación será constatada por el supervisor como condición para su ejecución y/o pagos: 1. Requerimientos. 2. Estudio de Conveniencia y oportunidad. 3. Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal. 4. Propuesta presentada Hoja de vida actualizada que reposan en el archivo de personal de la entidad. 11. Los demás documentos expedidos y elaborados en las etapas precontractual y preparatoria según el estatuto de contratación. **CLÁUSULA DECIMO OCTAVA: SOLUCIÓN A CONTROVERSIAS CONTRACTUALES**. Cualquier divergencia o controversia que surja entre las partes, con ocasión de la ejecución del presente contrato, se deberá solucionar preferiblemente acudiendo a los mecanismos de solución previstos en la Ley 80 de 1993 o a través de la conciliación, amigable composición y transacción. **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: TERMINACION ANTICIPADA DE LA ORDEN.** 1. EL CONTRATANTE podrá dar por terminado el presente contrato en cualquier momento, mediante comunicación escrita con no menos de cinco (5) días calendario de anticipación, sin que por ello haya lugar a indemnización o compensación alguna. 2. EL CONTRATISTA podrán dar por terminado el presente

contrato en cualquier momento, mediante comunicación escrita con no menos de cinco (5) días calendario de anticipación, sin que por ello haya lugar a indemnización o compensación alguna. 3. El presente contrato se podrá dar por terminado igualmente, de común acuerdo. **CLÁUSULA VIGÉSIMA INDEMNIDAD: El CONTRATISTA**, se obliga mantener libre a la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE GUADUAS de cualquier daño o perjuicio originado de las reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o las de sus subcontratistas o dependientes. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.-RÉGIMEN LEGAL CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, el presente contrato se regirá por lo dispuesto en las normas del derecho privado y en particular por las contenidas acuerdo No. 034 de 2024, de la Junta Directiva de la Empresa y la resolución No. 301 del 07 de diciembre de 2024 "Por la cual se establece y adopta el manual de contratación de la Empresa Social del Estado Hospital San José de Guaduas. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOMICILIO EL CONTRATISTA** podrá ser requerido y notificado en la siguiente dirección calle 64 J NO 72 A 19 T 8-502 Bogotá, y/o en el correo electrónico CCJAC.GERENCIA@GMAIL.COM , para el cual con la firma del presente contrato autoriza le sea notificada cualquier actuación administrativa o judicial .**CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN**. El presente contrato se considera perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes, con el Registro Presupuestal y suscripción del Acta de Inicio. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA**: **LIQUIDACIÓN**. Para todos los efectos, el presente contrato se liquidaráa más tardar, antes del vencimiento de los cuatro 4 meses, siguientes a la finalización de la ejecución del contrato el cual se regirá por el Acuerdo No. 034 de 2024 emanado de la Junta Directiva y la resolución 301 de noviembre 07 de 2024. Para constancia se firma en Guaduas Cundinamarca, a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024), por las partes en la plataforma SECOP II.

Elaboró: Ibeth Natalia Valenzuela P.- Auxiliar Administrativa – Contrato 486-2024
Revisó: Jeanett Patricia Gómez Casallas - Asesora Jurídica – Contrato 486-2024
Aprobó: Marcela Patricia Castro Vivanco - Subgerente Científica – Contrato 486-2024

BBVA

Net Cash

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **CENTRO CARDIOLIGICOJAC SAS**, identificado(a) con NIT número **901.758.656-3** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA **CUENTA CORRIENTE** No. **0850023391** aperturada el **16 de enero del 2025**, cuenta **ACTIVA** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el **23 de febrero del 2026.**

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

Cuenta de 10 dígitos:**0850023391**
Cuenta de 16 dígitos:**0850000100023391**
Cuenta de 20 dígitos:**00130850000100023391**

Firma autorizada
BBVA Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CENTRO CARDIOLOGICO JAC S A S

CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS
NIT: 901758656-3

CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES

Bogotá, 10 de Julio de 2026

Señores

Hospital Regional de Moniquira ESE

Moniquira

Asunto: Certificado de paz y salvo en seguridad social integral, salarios y parafiscales.

CERTIFICO

En mi calidad de Contadora certifico que la empresa **CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS** con NIT 901758656-3, ha cumplido, con el pago de salarios, aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, Cajas de Compensación, ICBF y SENA del mes de junio 2026 de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales.

Cordialmente,

JINETH MELISSA MONTES GUTIERREZ
C.C. 1.069.754.039 de Fusagasugá
TP 280008-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

79F90AA85AD9961Z

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JINETH MELISSA MONTES GUTIERREZ** Identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1069754039 de FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 280008-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 30 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.754.039

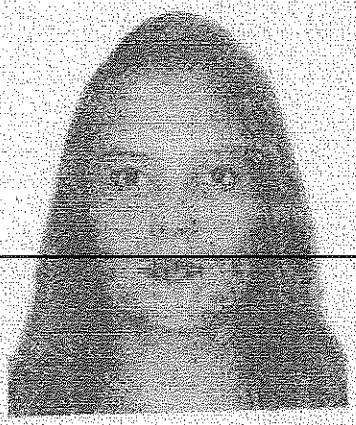
MONTES GUTIERREZ

APELLIDOS

JINETH MELISSA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1996

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

27-ENE-2014 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1509400-00836604-F-1069754039-20160617 0050134326A 1 1763958682

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141236188386

(415)7707212489984(8020) 000014123618838 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 7 5 8 6 5 6	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CENTRO CARDIOLOGICO JAC S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 19 102 71 53 CS 615

42. Correo electrónico CCJAC.GERENCIA@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 2 5 0 9 4 9	

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 3 0 8 3 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

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 [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141236188386

(415)7707212489984(8020) 000014123618838 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 7 5 8 6 5 6	3	Impuestos de Bogotá	3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	0	
73. Fecha	2 0 2 3 0 8 3 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 3 0 9 2 9	
77. No. Matrícula mercantil	0 3 7 3 6 8 4 9	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 2 3 0 8 3 1		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141236188386

(415)7707212489984(8020) 000014123618838 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 7 5 8 6 5 6	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 5 0 2 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 1 9 4 7 5 4 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GALLEGO	QUICENO	DIANA	LORENA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 3 0 9 2 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 6 9 7 4 0 4 1 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AGUIRRE	RODRIGUEZ	ANDRES	SEBASTIAN

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141236188386

(415)7707212489984(8020) 000014123618838 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 7 5 8 6 5 5	6	Impuestos de Bogotá	3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 9 7 5 4 0 3 9	4	2 8 0 0 0 8

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MONTES	GUTIERREZ	JINETH	MELISSA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 5 0 2 1 8

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ BOYACÁ E.S.E.

Hospital Regional de Moniquirá E.S.E

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

CLASE CLIENTE — EMPLEADOR: | PROVEEDOR:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 10 (DÍA) 07 (MES) 2026 (AÑO)

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

NOMBRES: | APELLIDOS:

IDENTIFICACIÓN — TIPO: C.C. | C.E. | T.I. — FECHA DE EXPEDICIÓN:

NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION:

LUGAR DE NECIMIENTO: | FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CIUDAD	TELEFONO MOVIL	TELEFONO FIJO

ACTIVIDAD

ASALARIADO | INDEPENDIENTE | ESTUDIANTE | SOCIO | PENSIONADO

CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU": | e-mail:

Ocupación/Profesión	Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que desempeña	
Dirección Empresa	**Ciudad**	**Teléfono**	**e-mail**

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: Centro Cardiologico JAC SAS — Nit: 901758656-3

Dirección Oficina Principal	Ciudad	Teléfono	Fax
CR 19 102 71 53 CS 615	Bogota D,C	3114250949	
Dirección Sucursal o Agencia	**Ciudad**	**Teléfono**	**Fax**

Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [X] Mixta [ ] Inversion Extranjera [ ] Otra, Cual? [ ]

Código Actividad "CIIU":

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

TOTAL ACTIVOS	$ 150.000.000	TOTAL PASIVOS	$
INGRESOS MENSUALES	$ 354.000.000	OTROS INGRESOS	$
CONCEPTO DE LOS INGRESOS	Prestacion de servicios en diferentes especialidades sin internizacion		
EGRESOS MENSUALES	$ 221.500.000	OTROS EGRESOS	
CONCEPTO DE LOS INGRESOS			

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda Extranjera? Si [ ] No [X]

Tipo de Transacción: Importación [ ] Exportación [ ] Inversiones [ ] Prestamos [ ] Transferencias [ ]

Otros [ ] Cual? [ ]

Tipo de Producto	Identificación	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. PERSONAS PEP's

¿Por su cargo maneja recursos Publicos?	SI [ ]	NO [X]		
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI [ ]	NO [X]		
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI [ ]	NO [X]	Indique	
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI [ ]	NO [X]	Indique	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI [ ]	NO [X]		

6. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro Expresamente que:

1. Los recursos que Poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, oficio, actividad, negocio, etc)

Prestacion de servicios en diferentes especialidades sin internizacion como es neurologia, gastroenterologia, oftalmologia

2. Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Codigo Penal Colombiano.

3. La informacion que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo al HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la informacion contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

7. INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD	SUCURSAL Y TELEFONO	TIPO DE CUENTA	CUENTA NUMERO
Banco BBVA	SUBA	Cuenta Corriente	850023391

8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leido, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma del Representante Legal del proveedor ó Empleado

Huella

-FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

INSTRUCCIONES GENERALES:
Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :
- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

I. Identificación:
En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

ORDEN: Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

TIPO: Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	TIPO
O1	MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
O2	SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
O3	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
O4	ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
O5	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO
O6	SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA
O8	OTRO

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	CLASE
11	SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS
12	SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO
13	SOCIEDADES CIVILES
14	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
15	SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)
16	OTRA

II. Servicios:
Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

III. Experiencia y Situación Actual:
En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

IV. Representante Legal o Apoderado:
Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "si" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: CENTRO CARDIOLOGICO JAC SAS

SIGLA

NIT No. 901758656-3

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL [ ] DIST. [ ] MPL [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: 08 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 16 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO BOGOTA D.C

MUNICIPIO BOGOTA D.C. | DIRECCIÓN CARRERA 19 No. 102-71/53 CONSULTORIO 615

TELÉFONOS 3114250949 | FAX | APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 Prestación de servicios Profesionales en Oftalmología	2 Prestación de servicios Profesionales en Medicina interna
3 Prestación de servicios Profesionales en Neurología	4
5 Prestación de servicios Profesionales en Gastroenterología	6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
CARDIOBEAT		X	3003524521		60.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO GALLEGO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) QUICENO | NOMBRES DIANA LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 41.947.540

ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $1.000.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES : _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10-07-2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA

CONTRATANTE

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podría tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E	CÓDIGO:
	FORMATO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA INGRESO DE PERSONAL ASISTENCIAL	CJ-C-F-007
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL Y SOPORTE JURÍDICO	VERSIÓN:
	SUBPROCESO: CONTRATACIÓN	V01-2025

NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO	MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ
CARGO	C.C 91.509.804
FECHA	CEL.:

FORMATO DE VERIFICACION

No.	DOCUMENTOS SOLICITADOS	VERIFICACIÓN
1	Copia de diploma profesional y/o acta de grado	✓
2	Copia de diploma posgrado,especializacion, maestria y/o doctorado y/o acta de grado	✓
3	Copia de certificado de convalidación (Aplica para estudios realizados en el extranjero)	✓
4	Tarjeta Profesional	✓
5	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud RETHUS	✓
	Cursos Resolución 3100 de 2019	
6	Curso Atención a Victimas de Ataques por Agentes Químicos (Asistenciales- Todos) (Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
7	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Asistenciales- Todos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
8	Curso Manejo del Duelo (Asistenciales- Todos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
9	Curso Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo (Asistenciales- Todos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
10	Curso del Cuidado del Donante (Médicos UCI y Especialistas)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
11	Curso BLS (Asistenciales- Todos a excepción de Anestesiología e intesivista)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
12	Curso ACLS (Profesionales)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) *	✓
13	Curso PALS (Aplica solo para Médico Pediatra)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
14	Curso de protección radiológica (Tecnólogos rayos x- médicos radiólogos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
15	Curso Toma de muestras (Auxiliares Laboratorio Clínico)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
16	Curso en TOMA DE CITOLOGÍAS (Enfermera Consulta Externa)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
17	Curso de Primeros Auxilios o de Primer Respondiente (Conductores)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
18	Curso de Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (Auxiliares de Vacunación)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
19	Curso o Formación Hemodinamia (Operadora)	N/A
20	Curso o Formación en cuidado Intensivo (Profesionales UCI)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
21	Diplomado Gestión Pre - Trasnfucional (Bacteriologos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
22	Curso o Constancia asistencia en formación continua en MANEJO DE PRUEBAS. (POINT OF CARE TESTING –POCT).(Auxiliares Laboratorio y quines relaicen la realicen)Vigencia mínima:no debe vencer en los próximos 15 dias	N/A
23	Vacuna Miningococo aplica solamente para profesionales de Bacteriología	N/A
	Curso EVA – Función Pública	
26	Curso función publica Integridad, Transparencia y Lucha contra la corrupción * https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad	✓

Verificó Talento Humano
Nombre: Ingrid Cordero
Cargo: APOYO TH
Fecha: 14/07/2026
Firma:

27	Formato SIGEP Hoja de Vida (Firmada)	✓
28	Copia documento de identidad al 150%	✓
29	Copia Libreta militar o certificado de definición de situación militar (Aplica para personal masculino menor de 50 años)	✓
30	Licencia de Condución (Transporte Asistencial)	N/A
31	Formato Declaración de bienes y rentas (SIGEP)- Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Contratistas-Funcionarios)	✓
32	Certificados de experiencia laboral	✓
33	Foto 3x4 fondo blanco (Aplica para contratación por empresa tercerizadora)	N/A
34	Registro Único Tributario RUT	✓
36	Carnet de vacunación (COVID 19, Hepatitis B, Fiebre Amarilla, Toxoide tetánico)	✓
37	Pantallazo Registro como proveedor en el SECOP II (Contratistas)	N/A
38	Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República - Vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
39	Certificado de antecedentes disciplinarios – Procuraduría General de la Nación - Vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓

40	Certificado de Antecedentes Disciplinarios del COPNIA (ingenieros, profesionales afines a la ingeniería y auxiliares de la ingeniería) (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	N/A
41	Constancia de consulta de antecedentes penales – Policía Nacional - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
42	Constancia de consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
43	Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
44	Certificado de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de 18 años - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
45	Certificado de Tribunal Nacional de Ética (Medicos, Profesionales en Enfermería, Psicología, Odontología)	✓
46	Resolución para ejecer la profesión de anestesiologia (Aplica solo para Médico Anestesiologo)	N/A
47	Certificado de formación en toma de imágenes diagnosticas no ionizantes (Aplica solo para Médicos Ginecologos)	N/A
48	Certificado de afiliación al Fondo de Pensión	✓
49	Certificado de afiliación a la Entidad Promotora de Salud – EPS	✓
50	Certificado de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales -ARL	✓
51	Certificado de afiliación al Fondo de Cesantías (Aplica para personal dependiente de la empresa)	N/A
52	Certificado médico de ingreso	✓
	OTROS que apliquen según necesidad de contratación	
53	Propuesta económica	N/A

Verificó Contratación

Nombre: Cindy Cardenas
Cargo: Apoyo Contratación
Fecha: 16/07/2026
Firma: Cindy Cárdenas

REPUBLICA DE COLOMBIA

La Corporación Universitaria de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional
de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 de 1996
Teniendo en cuenta que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

C.C. Nº. 91`509.804 Expedida en: BUCARAMANGA

Cursó y aprobó los estudios programados por esta Institución Universitaria
y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el título de:

MEDICO

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el día 26 del mes ABRIL del año 2005

Rector | Secretario General | Director del Programa

DUPLICADO
Fecha 28 OCT. 2005

Registrado en el folio 8152 Libro B - Nº de Acta 10373

Diploma No.

Scanned with CamScanner

El Suscrito Notario Octavo del Circulo de Bucaramanga
Da testimonio de que la firma puesta en el presente documento
corresponde a la registrada ante mí por José
Asthol Raugel Elucena

17 OCT 2007

Dra. Ma. Esperanza Zambrano B.
Circulo Notarial de Bucaramanga
Notaria Octava (E)

El Suscrito Notario Octavo del Circulo de Bucaramanga
Da testimonio de que la firma puesta en el presente documento
corresponde a la registrada ante mí por Rafael
Serrano Sarmiento

17 OCT 2007

Dra. Ma. Esperanza Zambrano B.
Circulo Notarial de Bucaramanga
Notaria Octava (E)

El Ministerio de Educación Nacional certifica para todos los efectos legales y académicos en el exterior, que la institución de educación superior que expide el presente documento está debidamente reconocida y autorizada por el Gobierno Nacional

Bogotá, D.C. 18 OCT 2007

Atención al Ciudadano

NO SE ASUME LA RESPONSABILIDAD DEL TEXTO DEL DOCUMENTO.

2007 OCT 19 A 9:50

JEFE DE LEGALIZACIONES
BOGOTA D.C.

178223

Yolanda Cruz

ESTAMPILLAS AGOTADAS
Art. 42 No. 6 Reglamento Consular

DERECHOS PAGADOS: $26.306
COMPROB DE PAGO Nº 059/3824
ACT. Nº 6321 ART. 4 Nº 10

CONSULADO GENERAL DE CHILE EN BOGOTA, COLOMBIA

El Cónsul General de Chile que suscribe certifica la autenticidad de la firma de don
Luz Yanner Quintero C.
Legalizaciones
Ministerio de Relaciones Exteriores
Actuación No. 6321 Arancel Art. No. 4 to 10
Derechos percibidos: US$ 12 ^{oo}
Total percibido US$: 12 ^{oo}
Pagado en moneda del país: $ 26.306
BOGOTA 29 de Octubre de 2007

CONSULADO GENERAL DE CHILE BOGOTA

EDUARDO BAUTISTA O.
CANCILLER

Legalizada en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile
Firma del Señor

MIGUEL REYES VARGAS
Oficial de Legalizaciones
02 NOV 2007

EMBAJADA DE CHILE COLOMBIA

EMBAJADA DE CHILE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

UDES
Universitaria de Santander
Personería Jurídica 3518 de Marzo/88 Min. Educación

ACTA DE GRADO No. 10373

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia a los ***VEINTISEIS (26)*** *días del mes* ***ABRIL*** *del año* ***DOS MIL CINCO (2005)*** *se reunió el Consejo Académico de la* ***CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER.***
Presidió la sesión ***RAFAEL SERRANO SARMIENTO*** *y*
obró como Secretario ***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***
Considerando el Consejo que ***MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ***
Con cédula de ciudadanía número ***91'509.804*** *Expedida en* ***BUCARAMANGA***
y libreta militar número *Expedida por*
Cumplió con las disposiciones legales, reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título

DISPENSARIZACION DE LA SALUD EN EL BARRIO ESTORAQUES DE BUCARAMANGA.

y obtuvo un promedio ponderado en su carrera de ***(3.47) TRES PUNTO CUARENTA Y SIETE*** *sobre cinco.*
En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de

MEDICO

Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Rector, *RAFAEL SERRANO SARMIENTO*

Secretario General, *JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN*

DUPLICADO
Fecha 0 8 OCT. 2007

Hay un sello que dice: REPÚBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día ***OCHO (8)*** *del mes de* ***OCTUBRE*** *de* ***DOS MIL SIETE (2007).***

SECRETARIO GENERAL

Scanned with CamScanner

UFM UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN | FACULTAD de MEDICINA

No. A – 0283

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA

UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN

otorga el presente

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO

A

Dr. Miguel Andrés Silva Muñoz

COMO ESPECIALISTA EN EL AREA DE

Oftalmología

por haber cumplido los requisitos exigidos,
aprobados por el Consejo de la Facultad de Medicina,
el 17 de noviembre del 2020.

Guatemala, 27 de noviembre del 2020

DECANO

UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN FUNDACION HERRERA LLERANDI
FACULTAD DE MEDICINA
GUATEMALA

SECRETARIO

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

MIGUEL ANDRÉS SILVA MUÑOZ

con cédula de ciudadanía No. 91.509.804 de Bucaramanga
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Bucaramanga el día 29 de Abril de 2011

Rector (E)

Director(a) Sede

Secretario(a) General

Folio No. 0033 Libro de Registros No. 007 Registro No. 295 Refrendado en Bucaramanga el día 29 de Abril de 2011

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 14191 del 30 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 981 del 7 de Mayo de 1971 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 2490

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

PROGRAMA: GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: REG.CALIFICADO 4273 JUNIO 30-2009

FECHA: 29 DE ABRIL DE 2011

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - BUCARAMANGA

En atención a que MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

con cédula de ciudadanía No. 91,509,804 de BUCARAMANGA

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y

estatutarias, le expide el título de ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 003-011 en sesión del día 17 de MARZO de 2011

Para constancia se suscribe por:

CESAR AUGUSTO PEREZ GONZALEZ
Rector (E)

ALFONSO PRIETO GARCIA
Director(a) Seccional

MYRIAM CARRILLO BAUTISTA
Decano(a) de la Facultad

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

006205 13 ABR 2021

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que MIGUEL ANDRÉS SILVA MUÑOZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 91509804, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA, otorgado el 27 de noviembre de 2020, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN, GUATEMALA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2020-EE-257660.

Que el convalidante aporta el título de MÉDICO, otorgado el 26 de abril de 2005, por la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER UDES, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica...".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos, y iv) modalidad. (...) La evaluación académica también resulta procedente para: i) determinar con certeza el nivel académico o de la formación obtenida; ii) establecer la denominación del título a convalidar; iii) establecer el área y núcleo básico del conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos

por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el dia 19 de febrero de 2021 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA, otorgado el 27 de noviembre de 2020, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN, GUATEMALA, a MIGUEL ANDRÉS SILVA MUÑOZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 91509804, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

Proyectó: María De Los Angeles Mancera Bautista – 29 de marzo de 2021
Revisó: Paul Andres Sayago Porras
Aprobó: GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

C.C. 91509804

MÉDICO

Universidad de Santander

Bucaramanga

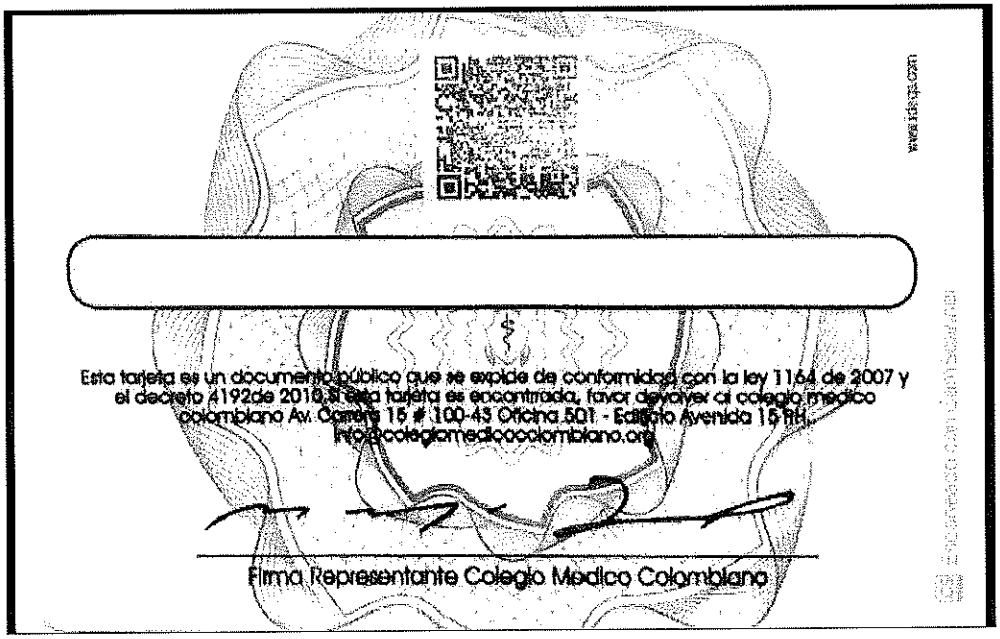
Grado: 26/04/2005

Rethus: 19/09/2006

ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA



Escaneado con CamScanner



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH. info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Escaneado con CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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 *: 91509804

Primer Nombre: Miguel

Primer Apellido: Silva

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9593

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-12-18 3:17:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	91509804	MIGUEL	ANDRES	SILVA	MUÑOZ	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 ANDRES SILVA MUÑOZ identificado(a) con CC 91509804 registra la siguiente información:

2025-12-18 3:17:48 PM

Información Académica

Tipo	Origen	Profesión u	Fecha inicio	Acto	Entidad

Programa	Obtención Título	Ocupación	ejercer Acto Administrativo	Administrativo	Reportadora
ESP	Extranjero	Oftalmología	2021-04-13	87392	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2006-09-19	11434	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOLÍVAR|CANTAGALLO	2005-05-01	2005-10-30	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

GOV.CO

Educación

Iniciar como usuario registrado

Inicio > Registrar PQRSDF > Procesan mi solicitud

1 Inicio 2 Hago mi solicitud 3 Procesan mi solicitud 4 Respuesta

Resumen radicación:

Apreciado(a) ciudadano(a), su PQRSDF ha sido radicada de manera satisfactoria.

Número de radicación

2026-ER-0311191

Fecha de radicación

2026-07-14 10:54:59 am

Por favor, conserve este número para realizar seguimiento a la PQRSDF.

La cantidad de anexos de la PQRSDF son: 0

Manual de Usuario

¿Tienes dudas en tu proceso?

¿Cómo fue tu experiencia durante el proceso?

Ministerio de Educación Nacional

Educación

Dirección: Calle 43 No. 57 - 14. CAN. Bogotá, Colombia. Código Postal 111321.
Teléfono Conmutador: (601) 22 22800 - Línea gratuita fuera de Bogotá: 018000 - 910122
Horario de atención: Lunes a jueves de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada continua
Soporte técnico - Sistemas de información. Teléfono: (601) 432 1215 - Línea gratuita nacional 018000-510258
Correo anticorrupción: soytransparente@mineducacion.gov.co
Correo de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co
Canales físicos y electrónicos para atención al público

@Mineducacion

@Mineducacioncol

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA EL PACIENTE DONANTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Veinte (20) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

Identificado(a) con C.C. 91509804

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cuarenta y ocho (48) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (10) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MIGUEL SILVA

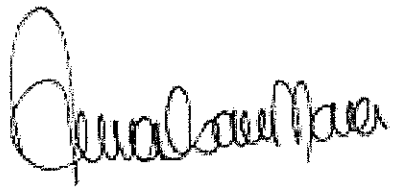
C.C 91.509.804

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de enero 2025



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765906317000

INTEGRIDAD

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Silva	Muñoz	Miguel Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 91509804

SEXO: F ( ) M (X)

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 02 AÑO 1982

PAÍS: Colombia

DEPTO: Santander

MUNICIPIO: Barrancabermeja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 49 a N 10 - 01, Edif Terzetto, Consultorio 705, Sector Comercial

PAÍS: Colombia DEPTO: Santander

MUNICIPIO: Barrancabermeja

TELÉFONO: 3044971308 EMAIL: miguelsilvamd@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1998
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		Medicina General	04	2005	11434
ES	3	X		Especialización en Gerencia de la Calidad y auditoria en salud	04	2011	11434
ES		X		Especialista en Oftalmología	11	2020	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Consultorio Miguel Silva		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Barrancabermeja	Miguelsilva.oftalmologia@gmail.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3107103400	DÍA __ MES 0 AÑO 2022	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Oftalmólogo general	Salud	Calle 49ª N 10-01, edificio Terzetto

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Ver Sin Fronteras		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Barrancabermeja	gerencia@versinfronteras.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
318 3411981	DÍA __ MES 03 AÑO 2021	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Oftalmólogo general	Salud	Calle 52 Nº 27-25

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro de atención Ma y Pa		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Cimitarra	centromypa@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3108029464	DÍA __ MES 04 AÑO 2020	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Médico General	Salud	Cra 7 N 4 -76 La Arrocera

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Oftalmológico Virgilio Galvis		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Barrancabermeja	coordinador1@virgiliogalvis.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
316 6352502	DÍA __ MES 05 AÑO 2021	DÍA __ MES __ AÑO ____

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Oftalmólogo general	Salud	Calle 49 N 11a * 33

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Terapéutico de Estimulación de la Inteligencia SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bucaramanga	Santander	ceipallana@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
+57 691 4024	DÍA [ ] MES [03] AÑO [2011]	DÍA [ ] MES [12] AÑO [2016]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Médico General	Salud	carrera 36 # 52 -131

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación DR. Alfonso Ponce Archila		X	Guatemala

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
+502 4082 1295	DÍA [ ] MES [01] AÑO [2019]	DÍA [ ] MES [11] AÑO [2019]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Oftalmólogo general	Salud	Barrio San Sebastian, San Cristobal Verapaz Av

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Oftalmológico León		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
+57 691 4024	DÍA [ ] MES [01] AÑO [2017]	DÍA [ ] MES [01] AÑO [2020]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Médico General	Salud	6 Av 4 - 61 Zona 10 Guatemala City

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 26 diciembre 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

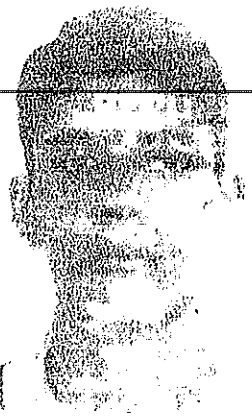
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91509804

SILVA MUÑOZ

MIGUEL ANDRES

FIRMA





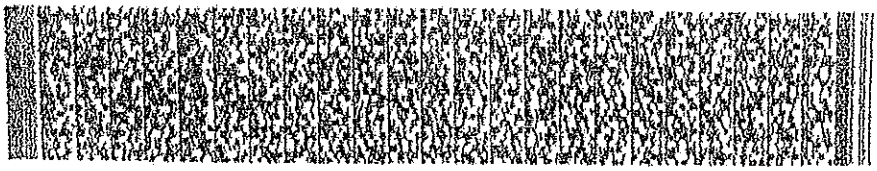
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1982
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

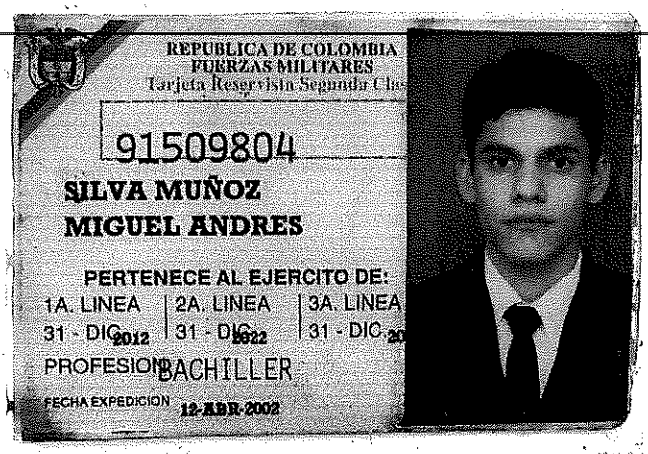
1.84 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-JUN-2000 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2700100-59052821-M-0091509804-20000926 15B02 002004 02 094501260



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Cla

91509804

SILVA MUÑOZ
MIGUEL ANDRES

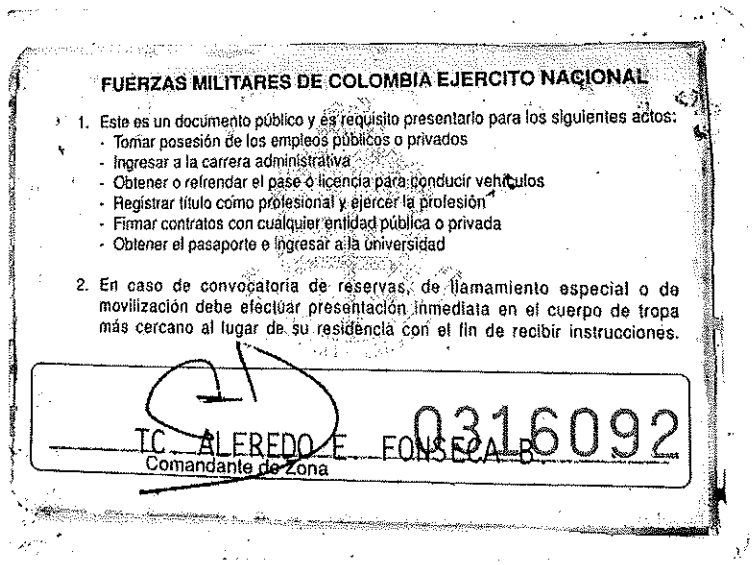
PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC 2012	31 - DIC 2022	31 - DIC 20

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 12-ABR-2002

Escaneado con CamScanner



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

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

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

TC. ALFREDO E. FONSECA B. 0316092
Comandante de Zona

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 91509804 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
CARRERA 28 # 45 - 29 BARRIO SOTOMAYOR	3044971308

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
BUCARAMANGA	SANTANDER	COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
JOSE MIGUEL SILVA QUINTERO	13886850	PADRE
CARMEN CECILIA MUÑOZ FLOREZ	28015628	MADRE
FABIAN ANDRES SILVA FERNANDEZ	1097104008	HIJO
MATIAS SILVA FERNANDEZ	1097795208	HIJO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	20.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	########
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	81441158785	CACIQUE	12.345.000
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	1,69E+08	CAÑAVERAL	#########

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
AUTOMOVIL	TOYOTA FORTUNER 2025	$ 350.000.000,00
EQUIPOS MEDICOS	EQUIPOS OFTALMOLOGICOS	$ 600.000.000,00

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
OPHTHALMIC SAS	SOCIO FUNDADOR

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
MARCELA SOFIA FERNANDEZ FRIAS	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	63539502

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

19 de Diciembre de 2025
CIUDAD Y FECHA

suramericana

Medellín, 11 de octubre de 2024

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NIT 890903790-5

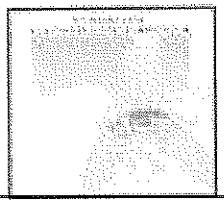
HACE CONSTAR QUE:

El(La) doctor(a) **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ** identificado(a) con documento de identidad **91.509.804**, se encuentra adscrito(a) al directorio de profesionales de las Pólizas de Salud de Seguros de Vida Suramericana S.A. desde 09 de marzo de 2023, en su condición de especialista en **OFTALMOLOGIA**, con convenio vigente a la fecha de esta certificación y un valor facturado de **$0** en el período comprendido entre el 11 de octubre de 2023 y el 11 de octubre de 2024.

Entre el profesional en mención y Suramericana existe un convenio de derecho privado, para la prestación de servicios profesionales a nuestros asegurados.

Cordialmente,

MARTHA CECILIA BOLAÑO BOLAÑO
Director Nacional de Contratación y Negociaciones
Seguros de Vida Suramericana S.A.
Regional Norte



FUNDACIÓN DR. ALFONSO PONCE ARCHILA
Barrio San Sebastián, San Cristóbal Verapaz
Teléfono: 4082-1295
fundaciondrponcearchilasancristobal@hotmail.com

San Cristóbal Verapaz A.V. 24 de Abril, 2020

A quien interese:

Por medio de la presente hago constar que el Dr. **MIGUEL ANDRÉS SILVA MUÑOZ**, de treinta y ocho años de edad, Médico y Cirujano, Colegiado Transitorio No. 1602, quien se identifica con Pasaporte No. AN 780613, originario de Colombia, egresado de la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala; colaboró en Fundación Dr. Alfonso Ponce Archila, realizando cirugía, consultas oftalmológicas, proporcionando al paciente atención de calidad y un diagnóstico claro y preciso.

Cualquier información, favor comunicarse al teléfono 4082 - 1295.

Para los usos que al interesado convenga,

Atentamente,

Lcda. Irma Ixchel de Ramírez
Administradora FAPA

EL ÁREA DE GESTIÓN HUMANA DE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. - ARL
NIT. 860002183 - 9

CERTIFICA QUE:

El(a) señor(a) Silva Muñoz Miguel Andres identificado (a) con Cédula de ciudadanía No 91505804 trabajó en Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. - ARL desde el día 8 de noviembre del año 2011 hasta el 30 de junio del año 2016, con un Contrato a Termino Indefinido, desempeñando a la fecha de retiro el cargo de Medico Auditor Medico ARL BMG CI 52 y un salario básico mensual de $ 4.589.900 el motivo de terminación de su vinculo laboral fue por Renuncia Voluntaria.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, el 4 de agosto del año 2016.

Para cualquier información adicional, comunicarse al teléfono 3364577 ext. 6421

Cordialmente,

FERALTA GARCIA MYRIAM NAYIBE .
Subgerente Talento Y Desarrollo Gestion Humana SEG.
GESTION HUMANA / AXA COLPATRIA.

emermédica
SAP

EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DE LA COMPAÑÍA EMERMEDICA S.A.
SEDE BUCARAMANGA
NIT.: 800.126.785-7

CERTIFICA

Que el señor(a) **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía 91.509.604 de Barrancabermeja, Laboró para nuestra Compañía en el Cargo de **Coordinador Médico y Operativo** con contrato a término indefinido, desde el 1 de Abril de 2013 hasta el 1 de Diciembre de 2014, con una asignación salarial mensual básica de TRES MILLONES DE PESOS M/CTE (3.000.000).

Se expide la presente a solicitud del interesado en la ciudad de Bucaramanga, a los 7 días de Marzo de 2016.

Atentamente,

Paola Mutis Granados
MARIA PAOLA MUTIS GRANADOS
Coordinadora Administrativa
Emermédica S.A

COLPATRIA

Bogotá PBX: 307 7098
Chía Tel.: 884 4060
Cali Tel.: 486 3434
Medellín Tel.: 448 7911
Neiva Tel.: 875 7534
www.emermedica.com.co

COLSANITAS

BMG-SGR-CERT 2011-260 (05-10-2011)

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE LA REGIONAL BUCARAMANGA

HACE CONSTAR

Que **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **91.509.804**, laboró para **COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.**, con nit. 860.078.826 - 7 desde el 07 de julio de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2011, desempeñando el cargo de **AUDITOR MEDICO** .

La presente se expide a solicitud del interesado, en Bucaramanga., a los cinco(5) días del mes de octubre de dos mil once (2011).

DIANA CURE ALVAREZ
Subgerente Regional Bucaramanga

BUCARAMANGA, CARRERA 33 Nº 54-19, TELEFONO 6970101, EXTENSION 70007

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT 830.106.376-1

LA COORDINACION NACIONAL DE NÓMINA DE

CORPORACION IPS SALUDCOOP

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) ***MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ,*** *identificado(a) con cédula de ciudadanía No.* ***91509804,*** *laboró en nuestra Compañía mediante contrato de trabajo a término INDEFINIDO, desde el día 08 de Septiembre de 2010 hasta el día 18 de Marzo de 2011, desempeñando el cargo de* ***MEDICO GENERAL.***

Se expide la presente certificación, en la ciudad de Bogotá, D.C., el día 31 de Marzo de 2011.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente al número 6466930 o la línea Nacional 018000112119.

CRISTIAN SANCHEZ BOCACHICA
Coordinador(a) de Nómina

Dbm/dsP

ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CANTAGALLO

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSO HUMANO DE LA E.S.E.
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CANTAGALLO

CERTIFICA QUE:

El Doctor **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ**, identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1.069.804 de Bucaramanga, Laboro en esta empresa como **SUBDIRECTOR CIENTIFICO**, en la modalidad de contrato indefinido según Resolución 010 de Julio de 2008, durante el periodo comprendido entre 01 de Julio de 2008 al 08 de Noviembre de 2010. Según Consta en el expediente laboral de nuestros archivos.

Para mayor constancia se firma a los tres (03) días del mes de Octubre del año 2011

ECIT JOHANA BOLIVAR
Jefe de Recurso Humano

Generado con nitroPDF professional

Pallana

Centro Terapéutico de Estimulación de la Inteligencia S.A.S.

NIT. 900.250.000-7

LA SUSCRITA GERENTE DEL CENTRO TERAPEUTICO DE ESTIMULACIÓN DE LA INTELIGENCIA S.A.S. PALLANA

NIT 900250000-7

CERTIFICA QUE:

El señor **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 91.509.804 de Bucaramanga, se desempeñó en nuestra institución como **MEDICO GENERAL**, mediante la modalidad de prestación de servicios. Desde el día 01 de Febrero del 2006 hasta el 23 de Mayo del 2008.

La presente certificación se expide en Bucaramanga a los Veintiséis (26) días del mes de Abril de 2016.

Cordialmente,

Pallana
NIT. 900.250.000-7

ANGELA RODRIGUEZ AMBROSIO
Gerente Administrativa
gerenciapallana@gmail.com

ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS CANTAGALLO
NIT 829.001.887-8

EL GERENTE DE LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CANTAGALLO

HACE CONSTAR

Que el Doctor **MIGUEL ANDRÉS SILVA MUÑOZ**, identificado con Cedula de Ciudadanía No 91.509.804 de Bucaramanga (Sder), cumplió con el Servicio Social Obligatorio como Médico Rural en la ESE Centro de Salud con Camas de Cantagallo, desde el Primero (01) de Abril de 2005 hasta el Treinta (30) de Septiembre de 2005.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, a los Tres (03) días del mes de Mayo de 2007.

ALBERTO MONTOYA GRISALES
Gerente ESE Centro de Salud con Camas
Cantagallo

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14875715009

(415)7707212489984(8020) 000001487571500 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 1 5 0 9 8 0 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SILVA	MUÑOZ	MIGUEL	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CL 29 29 59 UR CONDOMINIO CLUB EL LAGO

42. Correo electrónico: miguelsilvamd@gmail.com

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

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 2 1	2 0 0 5 0 9 0 2						2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

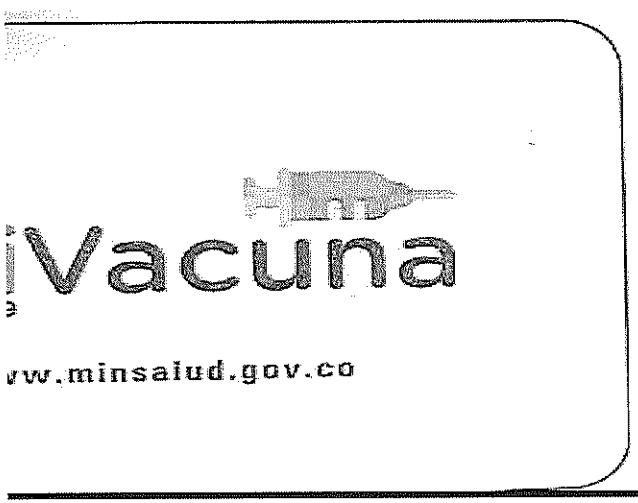
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SILVA MUÑOZ MIGUEL ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación 0:54

Nombres: MIGUEL ANGEL

Apellidos: SILVA MUÑOZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP ____ ____

No. 91500804

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 05 Año 1982

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula de
COVID-19	1	10-04-21	PFIZER	ET6924	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER	Nes. Enfermera Jefe Javier Arcia C.C. 91.468.550	
	2	7/05/21	PFIZER	ET6924	Unidad Prestadora de Salud Sider	Nes. Enfermera Jefe Javier Arcia C.C. 91.468.550	

PAI
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD

NOMBRE: Miguel Andres Silva Muñoz NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1118556...

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN DD	MM	YYYY	NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA DD	MM	YYYY	NOMBRE DE VACUNADOR
Influenza estacional trivalente, pediatrico a partir de 6 semanas 14	Unica										
Tdpa, Difteria reducida, B acelular reducido (Tdap) mujeres gestantes a partir de la semana 20	Unica										
Toxoide tetanico y diftérico (Td)	Primera dosis										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
Sueros antirrabicos	Primera dosis										
DPT Acelular	Primera dosis										
Fiebre Amarilla	Unica	14	4	2021	RA431YV	Serum Pharm	HUBS GRUPO EXTRAMURAL				Yolima Suarez Gomez
Hepatitis A	Primera dosis										
Hepatitis B	Primera dosis	12	7	2007	M14K1TG	SANOFI	HUBS GRUPO EXTRAMURAL	4	4	2007	Yolima Suarez Gomez
	Segunda dosis	4	9	2011	M14K1BQD	SANOFI	Ciudad	8	4	2007	LUZITH NAVARRO
	Tercera dosis	10	5	2012	M14K1BQD	SANOFI	Ciudad	5	5	2012	LUZITH NAVARRO
Influenza estacional	Primera dosis										
Anti Sarampionosa (SRC)	Unica										
Triple viral	Unica										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis										
Meningococo Conjugado	Primera										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugada	Primera dosis										
Neumococo Polisacárida	Primera dosis										
Varicela	Unica										
Toxoide Tetánico	Primera										

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Miguel Andrés	
Apellidos:	Silva Mora	
Documento de identidad:	C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐	No. 91500804
Fecha de nacimiento:	Día 26 Mes 02 Año 1982	

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	ricante Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12/07/2007	MT401570	
	2	06/08/2011	M7402830	
	3	13/02/2012	M7482930	

E.S.E. CLINICA GUANE
Y sus Centros de Salud
Floridablanca
NIT. 804.005.936-2

Biológico	a	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Escaneado con CamScanner

SALUD INTEGRAL SANTANDER IPS
NIT 901050204-8
Carrera 32 No.23-33 Aurora Movil: 3153748286
Carrera 35 No. 52 -72 Cabecera Movil 3176937070
E-mail saludintegralsantanderips@gmail.com
Bucaramanga -Santander

10062639

Sede:	SEDE AURORA	**Fecha Recepción:**	2024-02-27 09:51:46
Orden No.	10062639	**Fecha Impresión:**	2024-11-06 09:30:06.
Paciente:	MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ	**Médico:**	MEDICOS VARIOS
Identificación:	91509804	**Edad/Sexo:**	42 A / M
Convenio:	LABORATORIO MA Y PA CIMITARRA		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA			
HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA EL ANTÍGENO DE SUPERFICIE	655	mUI/mL	

TÉCNICA: QUIMIOLUMINISCENCIA
Reactivo: Mayor o igual de 10 mIU/mL
No Reactivo: Menor de 10 mIUmL

CONTROL DE VACUNACIÓN
Revacunación: Menor o igual a 10
Niveles de protección: 10 - 100
Niveles de inmunidad: Mayor de 100

ANDREA CAROLINA LEAL DIAZ
BACTERIOLOGA
1098636931
Validación 27/02/2024 2.17 PM

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

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 martes 14 de julio de 2026, a las 06:59:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	91509804
Código de Verificación	91509804260714065937

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299369689

PIB
07:01:10

Bogotá DC, 14 de julio 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) MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91509804:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:02:07 AM horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **91509804**
Apellidos y Nombres: **SILVA MUÑOZ MIGUEL ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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.araic-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, 14/07/2026 07:03:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **91509804** y Nombre: **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ.**

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. **143781835** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 91509804 **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 01/07/2026 08:53 PM

Código Verificación: **ERY2T9ZLP6**

Válida hasta: **30/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:05:01 horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **91509804,**
Apellidos y Nombres **SILVA MUÑOZ MIGUEL ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CENTRO CARDIOLOGICO JAC**, con NIT **901758656-3** 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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C9150980400220595
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ**, identificado(a) con C.C. No. 91509804 y T.P. o R.M. No. 11434/2006 del(a) Secretaria Departamental de Salud Bolívar, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 07 enero 2025 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, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.509.804**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Salud Total

BMANGA, Julio 1 de 2026

Señor:

SILVA MUÑOZ MIGUEL ANDRES

CC. 91509804CR 29 29 59 TO 4 AP 803 EL LAGO CONDOMINIO - 6392

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 26 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
FERNANDEZ FRIAS MARCELA SOFIA	63539502	C	Jul-29-2016	122	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SILVA FERNANDEZ MATIAS	1097795208	R	Ene-14-2021	53	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SILVA FERNANDEZ FABIAN ANDRES	1097104008	T	Jul-29-2016	122	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
FERNANDEZ FRIAS CAMILA ALEJANDRA	1051634197	C	Sep-2-2016	121	26	OTROS	NO VIGENTE	Feb-26-2020	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S A	91509804	Dependiente	CERRADO
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S A	91509804	Dependiente	CERRADO
CENTRO DE SALUD CONCAMAS DE CANTAGALLO EMPRESA SOC	91509804	Dependiente	CERRADO
CENTRO OFTALMOLOGICO VGR SAS	91509804	Dependiente	VIGENTE
MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ	91509804	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ	91509804	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ	91509804	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ	91509804	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
Y AT UNION TEMPORAL	91509804	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ identificado con CC. 91509804 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD-SANTANDER
Tipo y Numero de Documento	NI - 901361090

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/05/13	**Fecha inicio contrato**	2026/05/11
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/10
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/10/10	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 1 días del mes de julio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC01072026N91509804A19479659.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Cr 7 N° 4 - 76, Cimitarra - Santander
centromaypa@gmail.com
Tel. 310 8029464
IPS MA & PA S.A.S NIT 900955685-8



MUNICIPIO Y FECHA DEL EXAMEN	TIPO DE EXAMEN
CIMITARRA (SANTANDER)2025-01-13	Ingreso

1.IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	2.DATOS DE EMPRESA
NOMBRE COMPLETO:MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ **CC:** 91509804	**NIT:** 91509804 **ACTIVIDAD ECONOMICA:** - **EMPRESA:**MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOS

		EDAD	42	**NACIDO EL**	1982-02-26	**LUGAR**	BARRANCABERMEJA,Santander
SEXO	M	**RH**	O+	**Dirección**	CALLE 49A # 10-02 EDIFICIO TERZETTO OFICCIONA 705		
TELÉFONO	3044971308		**Escolaridad**	Profesional		**Estado Civil**	Casado(a)
Cliente			**Cargo**	OFTALMOLOGO		**Antigüedad**	0 días
E.P.S	Salud Total EPS		**A.R.L**	Riesgos Profesionales Colmena		**A.F.P**	PORVENIR

3. AYUDAS DIAGNOSTICAS

4. CONCEPTOcd hc DE APTITUD OCUPACIONAL

Ingreso: Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	**Cargo Actual:** OFTALMOLOGO

REQUISITOS DE SALUD	
Apto para trabajar en alturas	No Aplica
Apto para trabajar en espacios confinados	No Aplica
Apto para manipular alimentos	No Aplica
Apto para conducir	No Aplica
Apto para manipular de carga	Si

5.RECOMENDACIONES

Recomendaciones Médicas	Recomendaciones Ocupacionales	Hábitos y Estilo de Vida Saludable
-Continuar Manejo Medico	-Uso de EPP-Pausas activas e Higiene Postural-No Alzar Peso Mayor de 25 KG-Capacitacion	-Habitos Saludables-Actividad Física Aerobica-Hacer Deporte-Dieta Balanceada

OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

L EXAMEN FISICO ANTERIORMENTE REALIZADO CON ENFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR FUE REALIZADO EN REPOSO SIN ENCONTRAR PATOLOGIAS QUE PUEDAN LIMITAR EL DESARROLLO DEL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE SU TAREA. RECOMENDACIONES: 1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO. 2. MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTULARES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE. 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE PIES Y PIERNAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. 4. SITÚESE SIEMPRE POR LO MENOS A 40CMS DE LA PANTALLA Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS, APROXIMADAMENTE CADA 20 MIN CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, REALIZA MOVIMIENTOS OCULARES DE ARRIBA ABAJO Y DE UN LADO A OTRO, PARPADEE POR 5 SEG DE FORMA CONTINUA O CIERRE LOS OJOS DURANTE UN MIN. 5. AL INICIO DE LA JORNADA LABORAL HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIO, NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRÍOS, NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, BEBER SORBOS DE AGUA TIBIA DE MANERA REPETITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL. 6. LAVADO DE MANOS 3 A 4 VECES AL DIA CON AGUA Y JABON,.

Cr 7 N° 4 - 76, Cimitarra - Santander
centromaypa@gmail.com
Tel. 310 8029464
IPS MA & PA S.A.S NIT 900955685-8

6.CONSENTIMIENTO	
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médicoocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósitodel 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 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 le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento	
Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: Dra. Marcela Silva Vega RM. 6398-09 Medico Laboral **R-S.S.T: 17145-2021**	Firma:

	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E	CÓDIGO:
	FORMATO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA INGRESO DE PERSONAL ASISTENCIAL	CJ-C-F-007
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL Y SOPORTE JURÍDICO	VERSIÓN:
	SUBPROCESO: CONTRATACIÓN	V01-2025

NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO	JHEAN MARCELO RIOS FRANCO
CARGO	C.C. 13.850.792
FECHA	CEL.:

FORMATO DE VERIFICACION

No.	DOCUMENTOS SOLICITADOS	VERIFICACIÓN
1	Copia de diploma profesional y/o acta de grado	✓
2	Copia de diploma posgrado,especializacion, maestria y/o doctorado y/o acta de grado	✓
3	Copia de certificado de convalidación (Aplica para estudios realizados en el extranjero)	
4	Tarjeta Profesional	✓
5	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud RETHUS	✓
	Cursos Resolución 3100 de 2019	
6	Curso Atención a Víctimas de Ataques por Agentes Químicos (Asistenciales- Todos) (Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
7	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Asistenciales- Todos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
8	Curso Manejo del Duelo (Asistenciales- Todos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
9	Curso Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo (Asistenciales- Todos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
10	Curso del Cuidado del Donante (Médicos UCI y Especialistas)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
11	Curso BLS (Asistenciales- Todos a excepción de Anestesiología e Intesivista)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
12	Curso ACLS (Profesionales)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	✓
13	Curso PALS (Aplica solo para Médico Pediatra)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
14	Curso de protección radiológica (Tecnólogos rayos x- médicos radiólogos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
15	Curso Toma de muestras (Auxiliares Laboratorio Clínico)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
16	Curso en TOMA DE CITOLOGÍAS (Enfermera Consulta Externa)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
17	Curso de Primeros Auxilios o de Primer Respondiente (Conductores)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
18	Curso de Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (Auxiliares de Vacunación)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
19	Curso o Formación Hemodinamia (Operadora)	N/A
20	Curso o Formación en cuidado Intensivo (Profesionales UCI)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
21	Diplomado Gestión Pre - Trasnfucional (Bacteriologos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias)	N/A
22	Curso o Constancia asistencia en formación continua en MANEJO DE PRUEBAS. (POINT OF CARE TESTING –POCT).(Auxiliares Laboratorio y quines relaicen la realicen)Vigencia mínima:no debe vencer en los próximos 15 dias	N/A
23	Vacuna Miningococo aplica solamente para profesionales de Bacteriología	N/A
	Curso EVA – Función Pública	
26	Curso función publica Integridad, Transparencia y Lucha contra la corrupción https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad	✓

Verificó Talento Humano
Nombre: Ingrid Londoño
Cargo: Apoyo TH
Fecha: 14/07/2026
Firma:

27	Formato SIGEP Hoja de Vida (Firmada)	✓
28	Copia documento de identidad al 150%	✓
29	Copia Libreta militar o certificado de definición de situación militar (Aplica para personal masculino menor de 50 años)	✓
30	Licencia de Condución (Transporte Asistencial)	N/A
31	Formato Declaración de bienes y rentas (SIGEP)- Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Contratistas-Funcionarios)	✓
32	Certificados de experiencia laboral	✓
33	Foto 3x4 fondo blanco (Aplica para contratación por empresa tercerizadora)	N/A
34	Registro Único Tributario RUT	✓
36	Carnet de vacunación (COVID 19, Hepatitis B, Fiebre Amarilla, Toxoide tetánico)	✓
37	Pantallazo Registro como proveedor en el SECOP II (Contratistas)	N/A
38	Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
39	Certificado de antecedentes disciplinarios – Procuraduría General de la Nación - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓

40	Certificado de Antecedentes Disciplinarios del COPNIA (ingenieros, profesionales afines a la ingeniería y auxiliares de la ingeniería) (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	N/A
41	Constancia de consulta de antecedentes penales – Policía Nacional - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
42	Constancia de consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
43	Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
44	Certificado de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de 18 años - (vigente no mayor a 3 meses no aplica consulta, debe ser el documento en PDF)	✓
45	Certificado de Tribunal Nacional de Ética (Medicos, Profesionales en Enfermería, Psicología, Odontología)	✓
46	Resolución para ejecer la profesión de anestesiología (Aplica solo para Médico Anestesiologo)	N/A
47	Certificado de formación en toma de imágenes diagnosticas no ionizantes (Aplica solo para Médicos Ginecologos)	N/A
48	Certificado de afiliación al Fondo de Pensión	✓
49	Certificado de afiliación a la Entidad Promotora de Salud – EPS	✓
50	Certificado de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales -ARL	✓
51	Certificado de afiliación al Fondo de Cesantías (Aplica para personal dependiente de la empresa)	N/A
52	Certificado médico de ingreso	✓
	OTROS que apliquen según necesidad de contratación	
53	Propuesta económica	N/A

Verificó Contratación

Nombre: Cindy Cárdenas
Cargo: Apoyo contratación
Fecha: 16/07/2026
Firma: Cindy Cárdenas

REPUBLICA DE COLOMBIA

La Corporación Universitaria de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional
de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 de 1996
Teniendo en cuenta que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

C.C. Nº. 13'850.792 Expedida en: BARRANCABERMEJA

Cursó y aprobó los estudios programados por esta Institución Universitaria
y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el título de:

MEDICO

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el día 15 del mes MARZO del año 2005

Rector | Secretaria General | Director del Programa

Registrado en el folio 8075 Libro B - 5 Nº de Acta 10298

Diploma No.

Powered by CamScanner

UDES
Universitaria de Santander

ACTA DE GRADO No. 10298

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia a los ***QUINCE (15)*** *días del mes* ***MARZO*** *del año* ***DOS MIL CINCO (2005)*** *se reunió el Consejo Académico de la* ***CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER.***
Presidió la sesión ***RAFAEL SERRANO SARMIENTO*** *y*
obró como Secretario ***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***
Considerando el Consejo que ***JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO***
Con cédula de ciudadanía número ***13'850.792*** *Expedida en* ***BARRANCABERMEJA***
y libreta militar número *Expedida por*
Cumplió con las disposiciones legales reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título:

DISPENSARIZACIÓN DE LA SALUD EN EL BARRIO ESTORAQUES DE BUCARAMANGA

y obtuvo un promedio ponderado en su carrera de ***(3.50) TRES PUNTO CINCUENTA*** *sobre cinco.*
En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de

MEDICO

Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Rector, ***RAFAEL SERRANO SARMIENTO***

Secretario General, ***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***

Hay un sello que dice: REPÚBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día ***QUINCE (15)*** *del mes de* ***MARZO*** *de* ***DOS MIL CINCO (2005).***

SECRETARIO GENERAL

Scanned with CamScanner

N.º A-315

UFM UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN
VERITAS • LIBERTAS • JVSTITIA

FACULTAD de MEDICINA

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA

UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN

otorga el presente

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO

A

Dr. Jhean Marcello Rios Franco

COMO ESPECIALISTA EN EL ÁREA DE

Oftalmología

por haber cumplido los requisitos exigidos,
aprobados por el Consejo de la Facultad de Medicina,
el 5 de octubre del 2021.

Guatemala, 19 de octubre del 2021

DECANO

SECRETARIO

UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN
FACULTAD DE MEDICINA
GUATEMALA

Scanned with CamScanner

Universidad Francisco Marroquín
DECANO
Facultad de Medicina

Como Secretario General de la Universidad Francisco Marroquín
HAGO CONSTAR que las firmas que calzan este documento
son auténticas y pertenecen a las autoridades correspondientes.
En señal de su validez, lo firmo y sello.

Ricardo Castillo Arenales
Secretario General
Universidad Francisco Marroquín

UFM
Secretaría General

Scanned with CamScanner

005018 05 ABR 2022

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 13850792, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA, otorgado el 19 de octubre de 2021, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN, GUATEMALA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2021-EE-381469.

Que la convalidante aporta el título de MÉDICO, otorgado el 15 de marzo de 2005, por la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24º, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica…".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (…) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos, y iv) modalidad. (…) La evaluación académica también resulta procedente para: i) determinar con certeza el nivel académico o de la formación obtenida; ii) establecer la denominación del título a convalidar; iii) establecer el área y núcleo básico del conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos

cual emite concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA, otorgado el 19 de octubre de 2021, por la institución de educación superior UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN, GUATEMALA, a JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 13850792, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

Proyectó: Jessica Alejandra Castiblanco Sanchez - 17 de marzo de 2022
Revisó: Felipe Alberto Lizarazo
Aprobó: GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

Guatemala, 19 de octubre del 2021

Doctor
Jhean Marcello Rios Franco
Presente

Estimado Dr. Rios:

Por la presente le informo que, según consta en el acta n.º 38-2021, de fecha 5 de octubre del 2021, revisadas las credenciales que usted presentó y habiéndose cerciorado de que se cumplen los requisitos establecidos por la Universidad Francisco Marroquín, el Consejo de Facultad certifica que es usted Especialista en el Área de Oftalmología.

Cumpliendo con el encargo de dicho Consejo, lo felicito por el esfuerzo e interés puestos en el desarrollo de su práctica profesional y lo exhorto a continuar en pos de los objetivos docentes y asistenciales que constituyen los fundamentos de esta casa de estudios.

Cordialmente,

UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUÍN
FUNDACIÓN RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE MEDICINA
GUATEMALA, C. A.

Dr. Federico Antillón Klüssmann
Secretario

FAK/jpz

Scanned with CamScanner

1 Inicio 2 Hago mi solicitud 3 Procesan mi solicitud 4 Respuesta

Resumen radicación:

Apreciado(a) ciudadano(a), su PQRSDF ha sido radicada de manera satisfactoria.

Número de radicación

2026-ER-0311229

Fecha de radicación

2026-07-14 11:05:40 am

Por favor, conserve este número para realizar seguimiento a la PQRSDF.

La cantidad de anexos de la PQRSDF son: 0

Manual de Usuario

¿Tienes dudas en tu proceso?

¿Cómo fue tu experiencia durante el proceso?

Ministerio de Educación Nacional

Educación

Dirección: Calle 43 No. 57 - 14. CAN. Bogotá, Colombia. Código Postal 111321.
Teléfono Conmutador: (601) 22 22800 - Línea gratuita fuera de Bogotá: 018000 - 910122
Horario de atención: Lunes a jueves de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada continua
Soporte técnico - Sistemas de información. Teléfono: (601) 432 1215 - Línea gratuita nacional 018000-510258
Correo anticorrupción: soytransparente@mineducacion.gov.co
Correo de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co
Canales físicos y electrónicos para atención al público

@Mineducacion

@Mineducacioncol

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 del 12 de marzo de 1996 y la Resolución No. 6216 del 22 de diciembre de 2005

Teniendo en cuenta que:

Jhean Marcello Ríos Franco

C. C No. 13.850.792 Expedida en: Barrancabermeja

Cursó y aprobó los estudios y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el título de:

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma, en la ciudad de Bucaramanga, el día 24 del mes Abril del año 2013

Rector

Secretario General

Director del Programa

Registrado en el folio 34057 Libro 9 de Grados 35784 Diploma No. 24353

Powered by CamScanner

Universidad de Santander
UDES

ACTA DE GRADO No. 35783

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia el ***VEINTICUATRO (24)*** *día del mes de* ***ABRIL*** *del año* ***DOS MIL TRECE (2013)*** *se reunió el Consejo Académico de la* ***UNIVERSIDAD DE SANTANDER***
Presidió la sesión ***JAIME RESTREPO CUARTAS*** *y*
obró como Secretario ***JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN***
Considerando el Consejo que ***JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO***
Con cédula de ciudadanía número ***13.850.792*** *Expedida* ***BARRANCABERMEJA***
y libreta militar número *Expedida por*
Cumplió con las disposiciones legales reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título

"SEMINARIO GERENCIA CLÍNICA."

y obtuvo un promedio ponderado en su carrera de (4,36) ***CUATRO PUNTO TREINTA SIES*** *sobre cinco.*
En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Rector, JAIME RESTREPO CUARTAS

Secretario General, JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN

Hay un sello que dice: REPÚBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, UNIVERSIDAD DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día ***VEINTICUATRO (24)*** *del mes de* ***ABRIL*** *de* ***DOS MIL TRECE (2013).***

Registrado en el Folio No. 34057, Libro C - 9, Diploma No. 24353

JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN
Secretario General

Scanned with CamScanner

LA UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

y en su nombre D. Juan Juliá Igual, Rector de la misma,
expide el presente

TÍTULO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN GESTIÓN DE EMPRESAS

a favor de

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

por cuanto que ha cursado las 200 horas lectivas correspondientes al programa de esta titulación, y ha superado todas las pruebas de evaluación correspondientes, en fecha 13 de julio de 2012.

Valencia, a 15 de enero de 2013

El Rector

Director

Manuel Rodrigo Aznar

REGISTRO UNIVERSITARIO DE TÍTULOS
Número de Registro

I.M.I.00794

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO



C.C. 13850792

MÉDICO

Universidad de Santander

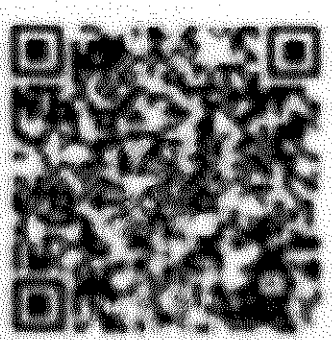
Bucaramanga

Grado: 15/03/2005

Rethus: 25/04/2006

ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA

Powered by CamScanner



Esta tarjeta es un documento publico que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 16 # 100-43 Piso 5 Piso 501 - Edificio Avenida 16 PH.
info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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 *

13850792

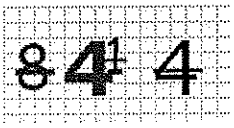
Primer Nombre

Jhean

Primer Apellido

Rios

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9221

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-12-18 1:39:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	13850792	JHEAN	MARCELLO	RIOS	FRANCO	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) JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO identificado(a) con CC 13850792 registra la siguiente información:

2025-12-18 1:39:44 PM

Información Académica

Tipo	Origen	Profesión u	Fecha inicio	Acto	Entidad

Programa	Obtención Título	Ocupación	ejercer Acto Administrativo	Administrativo	Reportadora
ESP	Extranjero	Oftalmología	2022-04-05	99552	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2006-04-25	10688	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Progran Prestaci
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOLÍVAR|SAN PABLO	2005-03-16	2005-09-16	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicin

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.g

Términos y condiciones

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

24 Años 2000 - 2024

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

Identificado(a) con C.C. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (13) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

C.C. - No. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (11) días del mes de noviembre del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

Identificado(a) con C.C. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (13) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

Identificado(a) con C.C. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) Horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (13) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

Identificado(a) con C.C. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA EL PACIENTE DONANTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (27) días del mes de diciembre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

Identificado(a) con C.C. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Veinte (20) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (31) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

Identificado(a) con C.C. 13850792

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cuarenta y ocho (48) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (31) días del mes de enero del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

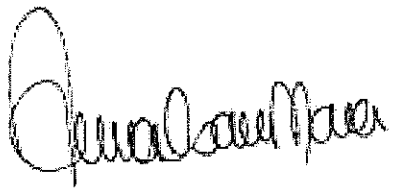
C.C 13.850.792

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de enero 2025



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765905780000

INTEGRIDAD

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RIOS	FRANCO	JHEAN MARCELLO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. PAS No. 13.850.792	F M X	COL. X EXTRANJERO	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE X SEGUNDA CLASE	NÚMERO 13.850.792	D. M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA DÍA 1 7 MES 0 1 AÑO 1 9 8 0		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPT SANTANDER
DEPTO SANTANDER	MUNICIPIO PIEDECUESTA	
MUNICIPIO BARRANCABERMEJA	TELÉFONO 3226265797	EMAIL JMARCELLO17@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BACHILLER						
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO							
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	1	1	AÑO	1	9	9	7

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA	
UN (UNIVERSITARIA)	ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	12	X		MEDICO	03	2005	0688
ESPECIALIDAD	6	X		ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	10	2021	05018

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3. EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO CARDIOLÓGICO JAC S.A.S.		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTA	CCJAC.GERENCIA@GMAIL.COM	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA 1 5 MES 0 1 AÑO 2 0 2 5	DÍA MES AÑO	
CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
X			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO 5	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA 5 MES AÑO 5	DÍA MES AÑO 5	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	19	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	

5. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGO 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).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6. OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.850.792

RIOS FRANCO

APELLIDOS

JHEAN MARCELLO

NOMBRES



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1980

BARRANCABERMEJA

(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M

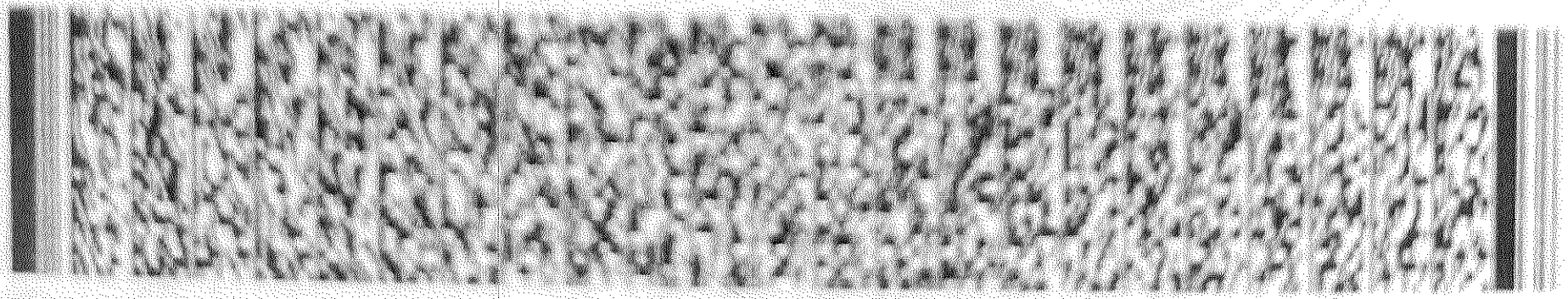
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-FEB-1998 BARRANCABERMEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-2700100-00201152-M-0013858152-20160126 0015538972A 1 3275290M

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
ARMADA NACIONAL

Tarjeta de Reservista Primera Clase

13850792

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC.	2010 DIC.	31 - DIC. 2020

APELLIDOS Y NOMBRES

RIOS FRANCO

JHEAN MARCELLO

FUERZAS MILITARES DE COLO

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

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamie
   movilización debe efectuar presentación inmediata en
   más cercano al lugar de su residencia con el fin de

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 13.850.792 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio PIEDECUESTA
Dirección CLL 13N #2A15 APTO 509		Teléfonos 322 6265797

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LAURA CRISTINA BALLEN LEON	CC 37.616.226 PIEDECUESTA	ESPOSA
TOMAS RIOS RUIZ	CC 1.096.700.534 BUCARAMANGA	HIJO
JUAN DANIEL RIOS BALLEN	TI 1.142.720.362 FLORIDABLANCA	HIJO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	20.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	20.000.000
TOTAL	$ 40.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	29145865067	BUCARAMANGA	$ 1.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	APARTAMENTO	$ 650.000.000
VEHICULOS	VEHICULOS	$ 350.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1. DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
FINANDINA	CREDITO	$ 190.000.000
BBVA	CREDITO	$ 300.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
OPHTHALMIC S.A.S.	SOCIO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
OPHTHALMIC S.A.S.	SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
LAURA CRISTINA BALLEN LEON	C.C. X C.E. T.I.	37.616.226

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Virgilio Galvis | CENTRO OFTALMOLÓGICO SAN GIL

VG Y AT SERVICIOS MEDICOS SAS
NIT. 900.102.902-1

C E R T I F I C A:

Que **JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 13.850.792 expedida en Barrancabermeja, labora para la empresa desde el día nueve (09) de Noviembre del 2021 a la fecha, mediante contrato de trabajo a término indefinido, desempeñándose en el cargo de **MEDICO,** con una asignación salarial mensual de **CINCO MILLONES DE PESOS MCTE ($5.000.000).**

La presente certificación se expide a los dos veinticinco (25) días del mes de noviembre del 2021 a solicitud del interesado y en cumplimiento al Numeral 7 del Artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo.

Cordialmente,

Virgilio Galvis CENTRO OFTALMOLÓGICO SAN GIL
VG & AT Servicios Médicos S.A.S.

MÓNICA LILIANA MEJÍA RIVERA
Coordinadora(a) Gestión del Talento Humano
Teléfono 7008000 ext. 48043
No. Celular 3022689456

Fundación
Ver Sin Fronteras

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

FUNDACION VER SIN FRONTERAS NIT. 900707850-4 se permite expedir la siguiente **CERTIFICACIÓN** en los siguientes términos:

Hacemos constar que el señor **JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO,** con identificación **13.850.792**, tiene una vinculación laboral con nosotros a través de contrato de prestación de servicios de la siguiente manera:

Contrato 001-2023 del 05 de enero 2023 al 04 de enero 2024

Contrato 002-2024 del 05 de enero 2024 al 04 de enero 2025

Se expide en **Bucaramanga,** a los **22** días del mes de **mayo** del año **2024**.

Cordialmente,

Fundación
Ver Sin Fronteras

Jhon Gilberto Martinez Rueda
JHON GILBERTO MARTINEZ RUEDA
Coordinador administrative y de talento Humano
Fundación Ver Sin Fronteras
Tel. 3202588773

Fundación
Ver Sin Fronteras

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

FUNDACION VER SIN FRONTERAS NIT. 900707850-4 se permite expedir la siguiente **CERTIFICACIÓN** en los siguientes términos:

Hacemos constar que el señor **JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO,** con identificación **13.850.792**, tiene una vinculación laboral con nosotros a través de contrato de prestación de servicios de la siguiente manera:

Contrato 001-2022 del 05 de enero 2022 al 04 de enero 2023

Contrato 002-2023 del 05 de enero 2023 al 04 de enero 2024

Se expide en **Bucaramanga,** a los **26** días del mes de **diciembre** del año **2023**.

Cordialmente,

Fundación
Ver Sin Fronteras

Jhon Gilberto Martínez Rueda
JHON GILBERTO MARTINEZ RUEDA
Coordinador administrative y de talento Humano
Fundación Ver Sin Fronteras
Tel. 3202588773

cedco
Centro Ocular - Dr. Girón

CERTIFICACION CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS

EL SUSCRITO ENCARGADO DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de **CEDCO SAS** NIT. 804.013.775-2, se encuentra el registro de **JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No 13.850.792 quien ha prestado sus servicios en esta empresa a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios, devengando un valor mensual de honorarios por doce millones ochocientos setenta mil cuatrocientos diecisiete pesos m/cte. ($ 12.870.417) por tiempo completo, valor que es variable de acuerdo a las horas laboradas durante el mes.

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCIÓN		OBJETO CONTRATO
	DESDE	HASTA	
01	1/03/2022	VIGENTE	MÉDICO OFTALMOLOGO

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios independientes regulado por las normas del Código Civil Colombiano, así como el Manual de Contratación de la empresa y demás normas concordantes.

De la misma manera se indica que los servicios aquí contratados, se han desarrollado de forma autónoma e independiente, sin subordinación alguna por parte de la compañía, de tal forma que ha existido libertad en los parámetros de ejecución del contrato suscrito.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la empresa.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al correo electrónico **recursohumano@cedco.com.co**, línea telefónica **317-8955784**

Esta certificación se expide en Bucaramanga, a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los veintiún (21) días del mes de mayo del 2024.

Lina Diaz Torres
Representante Legal

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14850226811

(415)7707212489984(8020) 000001485022681 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 8 5 0 7 9 2	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 3 8 5 0 7 9 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIOS	FRANCO	JHEAN	MARCELLO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

41. Dirección principal: CR 8 10 10

42. Correo electrónico: jmarcello17@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 6 2 6 5 7 9 7	6 0 7 6 2 2 9 0 1 0

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 2 1	2 0 0 5 1 2 0 9							

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 4 7	4 9	5 2																							

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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 2022 - 10 - 24 / 15 : 41: 50

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 RIOS FRANCO JHEAN MARCELLO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14850226811

(415)7707212489984(8020) 000001485022681 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 8 5 0 7 9 2	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 5 1 2 1 2	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 5 8 7 3 0	
78. Departamento	6 8	
79. Ciudad/Municipio	0 8 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 0 2	2 0 2 2 0 2 2 4		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14850226811

(415)7707212489984(8020) 000001485022681 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 8 5 0 7 9 2	9	~~Impuestos y Aduanas de Bucaramanga~~ 4	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1

165. Dirección: CL 52 13 08

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 5 8 7 3 1	2 0 0 5 1 2 1 2
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 2 0 3 0 7 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jhean Marcelo

Apellidos: Rios Franco

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 1385a 792

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 1980

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	30-05-21	pfizer	ew0195	VACUNACIÓN LOS COMUNEROS	Slendy Galvis C.C. 1.095.927.22	
	2	09 julio 2021	PFIZER	RA9100	H.L.P	slendy Santafe	1102349666

Scanned with CamScanner

La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jheon Marcello

Apellidos: Rios Franco

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte No. 1385079 92

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 1980

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	JUNIO 7/2021	233B1GL4	Alcira Bravo Gonzalez
	2	AGOSTO 13/2021	233B104F	
	3	17 FEB 2022	233U021C	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Scanned with CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jhean Marcelo

Apellidos: Rios Franco

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1385O 792

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 1980

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	30-05-21	pfizer	EW0195	VACUNACIÓN LOS COMUNEROS	Slendy Galvis C.C. 1.095.927.20	
	2	agosto 2021	PFIZER	FA9100	H.L.P	delsy Santafe	110234 9666

Scanned with CamScanner

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 martes 14 de julio de 2026, a las 07:05:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	13850792
Código de Verificación	13850792260714070549

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299369756

PIB
07:07:04

Bogotá DC, 14 de julio 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) JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 13850792:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:08:04 AM horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **13850792**
Apellidos y Nombres: **RIOS FRANCO JHEAN MARCELLO**

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.

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.araic-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, 14/07/2026 07:09:49 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **13850792** y Nombre: **JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO.**

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. **143781957** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 13850792 **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 01/07/2026 06:24 PM

Código Verificación: **JNVP9YKXM6**

Válida hasta: **29/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:10:58 horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **13850792,** Apellidos y Nombres **RIOS FRANCO JHEAN MARCELLO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CENTRO CARDIOLOGICO JAC**, con NIT **901758656-3** 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.

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C1385079200218820
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JHEAN MARCELLO RÍOS FRANCO**, identificado(a) con C.C. No. 13850792 y T.P. o R.M. No. 10688/2006 del(a) Secretaria Departamental de Salud Bolívar, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 26 diciembre 2024 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, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO identificado(a) con CC 13850792 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16) - NI. 899999998	Fecha de inicio de cobertura: 30-10-2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 01-08-2024 Fecha fin de Contrato: 31-12-2050 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2 Actividad Económica: 2331201

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 01 dia(s) del mes de Julio de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO identificado(a) con C.C No. 13.850.792, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de julio del 2026.

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

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

C&R

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

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 Jhean Marcello Rios Franco, identificado(a) con CC número 13850792, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	CC 13850792
NOMBRES Y APELLIDOS	Jhean Marcello Rios Franco
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	17/01/1980
ESTADO DE LA AFILIACION	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2021
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 ULTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 13850792 JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por Interfaces

01/07/2026

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

Cr 7 N° 4 - 76, Cimitarra - Santander
centromaypa@gmail.com
Tel. 310 8029464
IPS MA & PA S.A.S NIT 900955685-8



MUNICIPIO Y FECHA DEL EXAMEN					TIPO DE EXAMEN		
CIMITARRA (SANTANDER)2026-07-16					Ingreso		
1.IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE					**2.DATOS DE EMPRESA**		
NOMBRE COMPLETO:JHEAN MARCELLO RIOS FRANCO **CC:** 13850792					**NIT:** 101010 **ACTIVIDAD ECONOMICA:** - **EMPRESA:**Particular		
		EDAD	46	**NACIDO EL**	1980-01-17	**LUGAR**	BARRANCABERMEJA,Santander
SEXO	M	**RH**	O+	**Dirección**	BUCARAMANGA		
TELÉFONO	3226265797		**Escolaridad**	Profesional		**Estado Civil**	Soltero(a)
Cliente			**Cargo**	OFTALMOLOGO		**Antigüedad**	0 días
E.P.S	Sanitas EPS		**A.R.L**	Positiva Compañia de Seguros		**A.F.P**	

3. AYUDAS DIAGNOSTICAS

4. CONCEPTOcd hc DE APTITUD OCUPACIONAL

Ingreso: Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	**Cargo Actual:** OFTALMOLOGO
REQUISITOS DE SALUD	
Apto para trabajar en alturas	No Aplica
Apto para trabajar en espacios confinados	No Aplica
Apto para manipular alimentos	No Aplica
Apto para conducir	No Aplica
Apto para manipular de carga	No Aplica

5.RECOMENDACIONES

Recomendaciones Médicas	Recomendaciones Ocupacionales	Hábitos y Estilo de Vida Saludable
	-Uso de EPP-Pausas activas e Higiene Postural-Capacitacion	-Habitos Saludables-Actividad Física Aerobica-Hacer Deporte-Dieta Balanceada

OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EL EXAMEN FÍSICO ANTERIORMENTE REALIZADO CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR FUE REALIZADO EN REPOSO SIN ENCONTRAR PATOLOGIAS QUE PUEDAN LIMITAR EL DESARROLLO DEL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE SU TAREA. LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES NO ALTERAN SU DESEMPEÑO LABORAL: RECOMENDACIONES: 1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO. 2. MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTULARES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE. 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE PIES Y PIERNAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. 4. SITÚESE SIEMPRE POR LO MENOS A 40CMS DE LA PANTALLA Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS, APROXIMADAMENTE CADA 20 MIN CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, REALIZA MOVIMIENTOS OCULARES DE ARRIBA ABAJO Y DE UN LADO A OTRO, PARPADEE POR 5 SEG DE FORMA CONTINUA O CIERRE LOS OJOS DURANTE UN MIN. 5. AL INICIO DE LA JORNADA LABORAL HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y

Cr 7 N° 4 - 76, Cimitarra - Santander
centromaypa@gmail.com
Tel. 310 8029464
IPS MA & PA S.A.S NIT 900955685-8

RESPIRATORIO, NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRÍOS, NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, BEBER SORBOS DE AGUA TIBIA DE MANERA REPETITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL. 6. ASISTIR A SU EPS A CONTROL PERIODICO. 7. LAVADO DE MANOS 3 A 4 VECES AL DIA CON AGUA Y JABON..

6.CONSENTIMIENTO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médicoocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósitodel 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 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 le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: Dra. Marcela Silva Vega RM. 6398-09 Medico Laboral **R-S.S.T: 17145-2021**	Firma: