FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROMERO	GOMEZ	MIGUEL ANGEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1100962617	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 24 MES 09 AÑO 1992	CARRERA 18N 12 56 villa Olimpica			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	SAN GIL		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	mirogon24@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA PRIMARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5° X	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	10	2019	1100962617

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105523106	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	17	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA					*DIRECCIÓN* carrera 2 No. 4-98						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3143341399	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 NO. 4-98						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 98						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL BOLIVAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208006063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 3N 3 194						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DEL BOLIVAR -SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BOLÍVAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208006063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* ASISTENCIA CLINICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3N 3 194						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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	2026-09-02 22:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MIGUEL	ANGEL	ROMERO	GOMEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1100962617

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	VILLANUEVA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

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	CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SANTA BÁRBARA

Dirección	["carrrera 3 No. 4 - 98"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$120.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$3.500.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$123.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$20.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.100.962.617**

ROMERO GOMEZ

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1992**

SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

05-ENE-2011 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2718100-00286434-M-1100962617-20110327 **00263**74156A 2 35394081

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14852509014

(415)7707212489984(8020) 000001485250901 4

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	GOMEZ	MIGUEL	ANGEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CARR 14 8 70

42. Correo electrónico mirogon24@hotmail.com

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

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 1 9 1 0 1 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 ROMERO GOMEZ MIGUEL ANGEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor MIGUEL ÁNGEL ROMERO GOMÉZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1100962617, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	MIGUEL
Segundo Nombre:	ÁNGEL
Primer Apellido:	ROMERO
Segundo Apellido:	GOMÉZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1100962617
Razón para el estado:	En Liquidación
Estado del ciudadano:	Por Liquidar

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 18 días del mes de Febrero de 2026, a las 6:47:00 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE LA SITUACIÓN MILITAR

Yo, **MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 1.100.962.617** expedida en **SAN GIL SANTANDER**, actuando en nombre propio y bajo la gravedad de juramento, manifiesto de manera libre, voluntaria y consciente lo siguiente:

Que a la fecha me encuentro en proceso de definición de mi situación militar ante la autoridad competente, conforme a lo establecido en la Ley 1861 de 2017 y demás normas concordantes.

Que conozco que, de acuerdo con la normativa vigente, la ausencia de la libreta militar no constituye impedimento para celebrar contratos con entidades públicas; no obstante, me comprometo a adelantar y culminar el trámite de definición de mi situación militar dentro del término legal establecido.

Que la información aquí consignada es veraz y verificable, y asumo la responsabilidad que se derive en caso de inexactitud o falsedad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 442 del Código Penal Colombiano y demás normas aplicables.

La presente declaración se suscribe para los fines contractuales pertinentes.

En constancia se firma en San Gil-Santander a los Dieciocho (18) días del mes de Febrero de 2026.

MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ
1100962617

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ



C.C. 1100962617

MÉDICO

Universidad de Pamplona

Pamplona

Grado: 13/12/2019

Rethus: 02/03/2021

www.ideas.com

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 P.H. info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

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 *

1100962617

Primer Nombre

miguel

Primer Apellido

romero

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5883

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-09-02→9:46:06 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Esta Iden
CC	1100962617	MIGUEL	ANGEL	ROMERO	GOMEZ	Vige

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 ANGEL ROMERO GOMEZ identificado(a) con CC 1100962617 registra La siguiente información:

2026-09-02→9:46:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-03-02	83030	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|SANTANDER|BOLÍVAR	2020-01-02	2021-01-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio San José de Guanentá

San Gil, Santander

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santander,
según Resolución No. 12432 del 28 de octubre de 2002,

Confiere a:

Miguel Angel Romero Gómez

Identificado con T.I. No. 920924 83900 de San Gil

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad en Sistemas

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel
de Educación Media Vocacional, según los planes y programas
vigentes del Proyecto Educativo Institucional

Rector (a)

Secretaria

Dado en San Gil, Santander, a 4 de diciembre de 2009.

COLEGIO SAN JOSÉ DE GUANENTÁ
Carrera 5 No. 12-67 Teléfono 724 34 20
San Gil, Santander

DANE No. 168679000461

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de San Gil, Santander, el día 4 de DICIEMBRE de 2009 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los suscritos Rector y Secretaria, en el cual el Colegio San José de Guanentá confirió el título de:

BACHILLER TÉCNICO
Especialidad en Sistemas

a:

Miguel Angel Romero Gómez

Identificado con T.I. No. 920924 83900 de San Gil

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional por la Secretaría de Educación de Santander, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Técnica, según Resolución No. 12432 del 28 de octubre de 2002.

Es fiel copia del Acta General No. 3 en lo pertinente.

En San Gil, Santander, a los 4 días de DICIEMBRE de 2009.

Firmada y Sellada

Rector (a)

Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

La República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICO

A

MIGUEL ANGEL ROMERO GÓMEZ

CC. 1.100.962.617 Expedida en SAN GIL

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, 13 de diciembre de 2019

Ivaldo Torres Chávez Ph. D.
Rector(a)

Nelson Adolfo Mariño Landazábal Ph. D.
Secretario(a) General

Registro *85546* Folio *476* Libro *11* de Diplomas de Grado

090761

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

Acta de Grado Nº 638

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 13 días del mes de Diciembre 2019, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto Nº 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de

MÉDICO

a MIGUEL ANGEL ROMERO GÓMEZ

Identificado(a) con C.C. Nº 1.100.962.617 de SAN GIL

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 090761 y registrado con el Número 85546, Folio 476, Libro 11 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Raul Rodriguez Martinez

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Nelson Adolfo Mariño Landazabal

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 13 días del mes de Diciembre de 2019

NELSON ADOLFO MARIÑO LANDAZABAL

Secretario(a) General

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302289070

PIB
20:15:34

Bogotá DC, 02 de septiembre 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 ANGEL ROMERO GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100962617:

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 miércoles 02 de septiembre de 2026, a las 20:13:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1100962617
Código de Verificación	110096261726090220 1323

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

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 08:21:01 PM horas del 02/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1100962617**
Apellidos y Nombres: **ROMERO GOMEZ MIGUEL ANGEL**

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, 02/09/2026 08:18:26 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1100962617** y Nombre: **MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ.**

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. **146916180** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 20:20:06 horas del 02/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1100962617,** Apellidos y Nombres **ROMERO GOMEZ MIGUEL ANGEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA**, con NIT **804008273-7** 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

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 1100962617 **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 02/09/2026 10:06 PM

Código Verificación: **9TCQ31X7NH**

Válida hasta: **02/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C110096261700344505
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 ANGEL ROMERO GOMEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1100962617 y T.P. o R.M. No. 1100962617 del(a) Colegio Médico Colombiano, 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 miércoles 02 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

Bienestar Integral - Salud Ocupacional - BISO IPS

NIT: 901883854
Dir: Carrera 35 # 52-72 Barrio Cabecera del Llano
Correo: bisogerencia@gmail.com
Cel: 317 693 7070 - 321 221 0332 - 313 263 5860
www.bisoips.com
Bucaramanga



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.351

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	**PARTICULARES**

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ROMERO GOMEZ MIGUEL ANGEL	MASCULINO	33 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1100962617 (Número)

Cargo: **MEDICO**

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	**COLPENSIONES**	**COLMENA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por 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 leído 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



Firma:

Nombre: CC: 91246042 - YULIANO MORENO

R. M.: 2422 **L.S.O.:** 05856

Código de Seguridad
G1674M1S1351

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ROMERO GOMEZ MIGUEL ANGEL

CC: 1100962617

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 05856

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **YULIANO MORENO FAJARDO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91246042 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 7706 de 24 de abril de 2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A**: YULIANO MORENO FAJARDO. -** MÉDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91246042 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 27 MAR 2023

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona Velásquez – Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control.
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González – Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1100962617** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION SOCIAL BIOSSANAR**
Categoría:	**B**
Fecha afiliación:	**04/08/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de Septiembre del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,



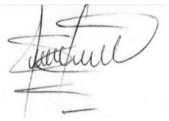
CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1100962617,** se encuentra afiliado/a desde **16/01/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

681f9e77-2dc8-4197-859f-d588ac1f0b7d

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

miguel angel romero gomez

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer en Niños y Adolescentes

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

10 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=681f9e77-2dc8-4197-859f-d588ac1f0b7d

FUNDACION REANIMACION COLOMBIA

CERTIFICA A:

MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ

Por su asistencia al curso:

REANIMACIÓN BÁSICA
REANIMACIÓN AVANZADA

Realizado en la ciudad de Bucaramanga
13 de Julio de 2019
Con una duración de 24 horas
En calidad de:

PROVEEDOR

CAMILO PIZARRO GÓMEZ M.D.
Director Fundación Reanimación Colombia
ANESTESIÓLOGO- INTENSIVISTA, INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Scanned with CamScanner

Educar es Salvar

CIDTSA
Centro de Investigación y Desarrollo en Tecnología de Simulación Avanzada

El suscrito Director del Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Simulación Avanzada.

Hace constar

Que, ***MIGUEL ANGEL ROMERO GOMEZ*** *con c.c1100962617, participó en el Taller libre de* ***DESFIBRILADOR - DESFIBRILACION,*** *en la ciudad de Cúcuta, el día 16 de mayo de 2019 con una intensidad de 4 horas.*

JOSE ALEXANDER RUBIANO PEDROZA
cc. 79.743.041 de BOGOTA



9° CONGRESO DE LA FRONTERA

9° CONGRESO DE DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

9° CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO

6° SIMPOSIO DE NUTRICIÓN

FUNDACION SANTANDEREANA DE DIABETES & OBESIDAD
FUSANDE

ISO 9001 icontec SC CER500341

IQNet CO-SC-CER500341

FEDERACION DIABETOLÓGICA COLOMBIANA

FCD FUNDACION COLOMBIANA DE DIABETES

International Diabetes Federation

La Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad

Certifica que:

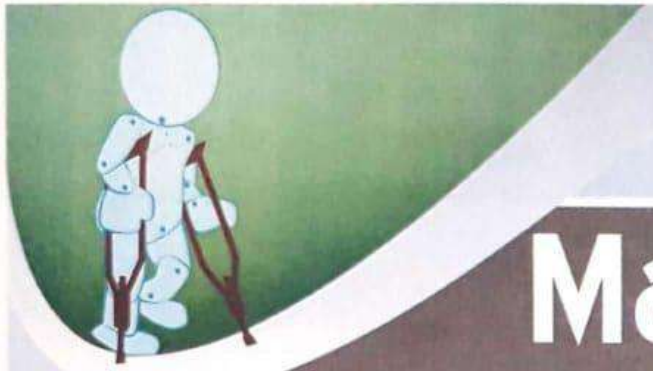
Miguel Angel Romero

Asistió a nuestro 9° CONGRESO DE LA FRONTERA, 9° Congreso de Diabetes y sus Complicaciones, 9° Clínica del Pie Diabético y 6° Simposio de Nutrición, con una intensidad de 15 horas. Los días 21 y 22 de Abril de 2017 en la ciudad de Cúcuta.

Dr. Carlos Alberto Calderón Ribero
Director Ejecutivo FUSANDE
Presidente FDC/FCD 2017-2018

Dr. Gustavo Aldolfo Parra Zuluaga
Presidente ACMI

Dr. Jorge Alejandro Castillo Barcías
Vice Presidente FCD



III SIMPOSIO

Medicina Universidad De Pamplona

Manejo del Trauma

CERTIFICA QUE:

Miguel Angel Romero Gómez.

Participó en calidad de asistente en el III SIMPOSIO DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA MANEJO DEL TRAUMA.

Con una Intensidad de 10 Horas Académicas, Cúcuta 4 de Noviembre de 2011

Dr. ALVARO URIBE GIL
Director del Departamento de Medicina
Universidad de Pamplona

MARCO JOSÉ CAMACHO S.
Coordinador del III Simposio de Medicina
Universidad de Pamplona

IPS Fundación Clínica UNIPAMPLONA

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

INTÓRAX

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Certificado de participación:

"IV ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACION EN MEDICINA Y SALUD".

TITULO:

Caracterización clínica y sociodemográfica de los casos de fiebre tifoidea en el Hospital Universitario Erasmo Meoz desde el 2010 al 2017.

Gina Torres, Miguel Angel Romero.

Cúcuta, 01 de noviembre de 2018.

Álvaro Uribe Gil
Director Departamento de Medicina

José Alexander Rubiano
Comité de logística

MODALIDAD:
Investigación finalizada.

La República de Colombia, y en su nombre

UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**

FACULTAD DE SALUD

CERTIFICA QUE

MIGUEL ANGEL ROMERO GÓMEZ

CC. 1100962617

ORGANIZADOR

I CONGRESO INTERNACIONAL DE TRAUMA PARA NORTE DE SANTANDER
X CONGRESO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
III CONGRESO DE MEDICOS INTERNOS - IV ENCUENTRO DE SEMILLEROS
IV ENCUENTRO DE EGRESADOS

Realizado en la ciudad de Cúcuta el segundo semestre de 2018

Con una intensidad de 33 horas

RAÚL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Decano Facultad de Salud

45422

La República de Colombia, y en su nombre

UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**

FACULTAD DE SALUD

CERTIFICA QUE

MIGUEL ANGEL ROMERO GÓMEZ

CC. 1100962617

PARTICIPÓ

VI SIMPOSIO DE SALUD PUBLICA: "NUEVOS RETOS EN SALUD PUBLICA PARA NORTE DE SANTANDER"

Realizado el día 20 de abril de 2018

Con una intensidad de 8 horas

Ph.D RAÚL RODRIGUEZ MARTÍNEZ
Decano Facultad de Salud

ÁLVARO URIBE GIL, MD
Director de Medicina

39294

La República de Colombia, y en su nombre

UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**

FACULTAD DE SALUD

CERTIFICA QUE

MIGUEL ANGEL ROMERO GÓMEZ

CC. 1100962617

PARTICIPÓ

IX CONGRESO DE MEDICINA - UN ENFOQUE CLÍNICO Y QUIRÚRGICO EN URGENCIAS

Realizado los días 17, 18 y 19 de noviembre de 2017

Con una intensidad de 22 horas

Ph.D RAÚL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Decano Facultad de Salud

ÁLVARO URIBE GIL, MD
Director de Medicina

39197

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CERTIFICADO
No. 8009

El comité de Interacción Social de la Universidad de Pamplona certifica que el estudiante **MIGUEL ANGEL ROMERO GÓMEZ** identificado con número de documento 1100962617 del programa **MEDICINA** culminó satisfactoriamente su trabajo social titulado **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL Y MÉTODOS DE PLANIIFICACIÓN FAMILIAR EN COLEGIO INEM JOSÉ EUSEBIO CARO** en el área de Salud con una intensidad de 60 horas.

En constancia se firma el presente a los 20 días del mes de agosto de 2018



Director

Universidad de Pamplona

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

MIGUEL ÁNGEL ROMERO GÓMEZ

Ha participado y aprobado el Curso Virtual:
"Correcto llenado del Certificado de Defunción"

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública con un total de ocho horas.

Dado el 15 de septiembre de 2018



Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=71f7c6e0-b946-11e8-8019-f3f33fff794e

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
SUBDIRECCION DE INVESIGACIÓN CIENTIFICA
ESCUELA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

LA ESCUELA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

HACE CONSTAR QUE:

MIGUEL ÀNGEL ROMERO GÓMEZ

Identificado (a) con cedula

1100962617

Asistió y aprobó el

CURSO BASICO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
PARA MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Los días 24 y 25 de noviembre del 2020, con una intensidad horaria de dieciséis (16) horas, realizado en la Regional Nororiente – Seccional Santander

Se expide en Bogotá, D.C., el día 22 de diciembre del 2020

CLAUDIA MERCEDES MONROY AVELLA
Jefe Escuela de Medicina Legal y Ciencias Forenses

La presente certificación se expide de acuerdo con la normatividad vigente y en especial lo contenido en la Resolución No. 1067 de 1984 del Ministerio de Justicia, la Resolución No. 9334 de 1984 y la Resolución No. 795 de 1995 del Ministerio de Salud; y la Resolución No. 1058 de 23 de marzo 2010 del Ministerio de La Protección Social.

661d6228-fd00-4c55-b31b-6ddbac1f5250

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

MIGUEL ÁNGEL ROMERO GÓMEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

15 de abril de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=661d6228-fd00-4c55-b31b-6ddbac1f5250

LA GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA, MUNICIPIO DE SANTA BARBARA – SANTANDER

CERTIFICA:

Que el Doctor **MIGUEL ANGUEL ROMERO GOMEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° 1.100.962.617 expedida en San Gil Sder, laboró en la **ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA** vinculado mediante prestación de servicios profesionales en medicina general para la conformación y operación de los equipos básicos de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud para el fortalecimiento del nivel primario en la E.S.E, conforme a lo dispuesto en la resolución 0709 de 2025 expedida por el ministerio de salud y protección social.

El cual se relaciona a continuación.

Contrato n°	Fecha de inicio	Fecha de terminación
35-26	18/02/2026	17/04/2026

Se expide en Santa Bárbara a los Dos (02) días del mes de Junio del dos mil veintiséis (2026).

KELLY YOLIMA SANCHEZ CASTAÑEDA
Gerente