| | 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 | UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS |
| CARGO | C.C. 8320047541 |
| FECHA | CEL.: |

**FORMATO DE VERIFICACION**

| No. | DOCUMENTOS SOLICITADOS | VERIFICACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Certficado 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) | NA |
| 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 | NA |

**Verificó Contratación**

Nombre: Cindy Cardenas
Cargo: Apoyo Contratación
Fecha: 01/01/2026
Firma: Cindy Cardenas

**CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 11/09/2026 - 10:48:11
Recibo No. S001223431, Valor 12100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 16SjZMG86j**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/47 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.

EL PRIMER JUEVES HABIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO, SE ELEGIRA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA , LA INSCRIPCION DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE.

PARA INFORMACION DETALLADA PODRA COMUNICARSE AL TELEFONO 3208990877 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB www.ccfacatativa.org.co

**********

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

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón Social : UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. SAS
Nit : 832004754-1
Domicilio: Villeta, Cundinamarca

**MATRÍCULA**

Matrícula No: 20910
Fecha de matrícula: 29 de agosto de 2000
Ultimo año renovado: 2026
Fecha de renovación: 26 de febrero de 2026
Grupo NIIF : GRUPO II

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CLE. 5 NRO. 6-51
Municipio : Villeta, Cundinamarca
Correo electrónico : umcvilleta@umcentralips.com.co
Teléfono comercial 1 : 3107593099
Teléfono comercial 2 : 3214009459
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CLE. 5 NRO. 6-51
Municipio : Villeta, Cundinamarca
Correo electrónico de notificación : umcvilleta@umcentralips.com.co

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

**CONSTITUCIÓN**

Por Escritura Pública No. 550 del 18 de agosto de 2000 de la Notaria Unica De Villeta de Villeta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2000, con el No. 6304 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. LTDA.

**REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 969 del 18 de noviembre de 2011 de la Notaria Unica de Villeta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de diciembre de 2011, con el No. 19238 del Libro IX, se decretó INSCRIPCION REFORMA OBJETO, TERMINO DE DURACION

Por Acta No. 115 del 18 de diciembre de 2024 de la Junta de Socios de Villeta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de diciembre de 2024, con el No. 67120 del Libro IX, se inscribió INSCRIPCION, TRANSFORMACION DE SOCIEDAD LTDA A SAS-REFORMA TIPO SOCIETARIO, RAZON SOCIAL-TERMINO DE DURACION-CAPITAL-ORGANOS SOCIALES-REPRESENTANTE LEGAL-FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL, REFORMA TOTAL DE ESTATUTOS, NOMBRAMIENTO REPRESENTANTE LEGAL

Por Acta No. 118 del 08 de octubre de 2025 de la Asamblea Extraordinaria De Accionistas de Villeta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 27 de octubre de 2025, con el No. 70724 del Libro IX, se decretó INSCRIPCION REFORMA - OBJETO SOCIAL

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

**OBJETO SOCIAL**

objeto social 1. Prestación de los servicios de salud en el sistema general de seguridad social en salud, de acterdo con la base de la población para su atención, con la capacidad de oferta de servicios instala.Da, enmarcada en los contenidos del plan obligatorio de salud y los principios del sistema integral de seguridad social. Para la realización del objeto la sociedad podrá adquirir, usufructuar, gravar o limitar, dar o tomar en arriendo a otro título toda clase de bienes muebles o inmuebles y enajenarlos cuando razones de necesidad o conveniencia futura sea aconsejable. Tomar dinero en mutuo, dar en garantía sus bienes muebles e inmuebles y celebrar todas las operaciones de crédito que le permitan obtener los fondos u otros activos necesarios para el desarrollo de la empresa conforme a la ley. 2. Constituir compañías filiales para el establecimiento y explotación de empresas destinadas a la realización de cualesquiera actividad comprendidas en el objeto social y tomar interés como participe asociada o accionista fundadora en otras empresas de objeto análogo o complementario, en especial para celebrar uniones temporales o consorcios con la finalidad de participar en licitaciones o concursos de méritos públicos o privados, hacer aportes en dinero o en especie, en servicios a esas empresas, manejar sus cuotas, derechos o acciones en ella, fusionarse con tales empresas o absorberlas, adquirir patentes, nombres comerciales, marcas y demás derechos de propiedad industrial y adquirir u otorgar concesiones para su explotación y en general celebrar o ejecutar toda clase da contratos, actos u operaciones sobre, bienes muebles e inmuebles de carácter civil o comercial que guarden relación de medio a fin con el objeto social expresado en el presente artículo y todas aquellas que tengan como finalidad ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legales o convencionalmente derivadas de la existencia y de las actividades desarrolladas por la compañía, vinculación con individuos o entidades afines se procurará el desarrollo de relaciones de información e intercambio de conocimientos científicos y técnicos a nivel nacional como internacional con individuos o corporaciones a quienes preocupan estos estudios. 3. Colaboración: Se procurará establecerla al más alto nivel tanto internamente, entre asociados, como externamente, con individuos o asociaciones que la soliciten para atender al mejor cumplimiento de las finalidades de la entidad. 4. Extensión: La sociedad se reserva el derecho de crear o reconocer como filiales a aquellos grupos que solicitándolo reconozcan y se sometan a sus estatutos y reglamento. En el cumplimiento de sus objetivos la sociedad podrá: 4.1. Promover, realizar y auspiciar congresos, reuniones, charlas, exposiciones, jornadas, seminarios, mesas redondas, simposios y toda clase de eventos científicos. 4.2. Formar parte o adherir a otras organizaciones relacionadas con la ciencia. 4.3. Crear y sostener bibliotecas. 4.4. Construir y adquirir o tomar a su cargo centros científicos. 5. Dar cursos de perfeccionamiento para sus asociados. 6. En general realizar todas aquellas acciones encamiñadas al mejor logro de los fines propuestos. 7. Prestación de servicios en salud ocupacional, riesgos profesionales, creación 8. Servicio de outsoursing para contratar con cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, la administración, operación y dotación de instituciones prestadoras de servicios de salud en cualquier nivel de complejidad; centros de imagenología y de apoyo diagnóstico; farmacias y dispensarios de medicamentos, laboratorios clínicos y servicios especializados de medicina general, medicina especializada, odontología, nutrición y dietética; centrales de urgencias, salud ocupacional y de auxiliares de la salud. 9. Producir, adquirir, comercializar, desarrollar, importar y exportar, todo tipo de elementos y materiales relacionados con los productos quimico-Farmaceuticos, medicinales, de laboratorio clínico y odontológicos, e insumos para laboratorios y farmacias intrahospitalarias; almacenamiento, distribución, suministro y dispensación de medicamentos y material médico

quirúrgico, de laboratorio clínico de diagnóstico, material de osteosíntesis y de odontología. 10. Llevar a cabo por sí misma o por medio de terceros la operación mediante concesión o alianza estratégica, de la dotación y administración de instituciones prestadoras de servicios de salud, centros médicos y consultorios privados o públicos de medicina general y especializada y /o odontología, en cualesquiera de los niveles de complejidad con o sin interacción, centros de apoyo diagnóstico, y de laboratorios de exámenes paraclínicos, centros de apoyo terapéutico, atención médica ambulatoria y del servicio de traslado asistencial básico y medicalizado. 11. Ejecución de todo tipo de proyectos y programas contemplados dentro de las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, planes básicos de atención en salud y planes de intervención colectiva, atención y mejoramiento de la calidad de vida a sectores vulnerables de la población y de educación a fin de reforzar y estimular la práctica del autocuidado y los cambios de hábitos. 12. Realización de actividades como centro de reconocimiento de conductores, a través de la evaluación médica, psicológica y de coordinación motriz, para efectos de expedir certificado de aptitud física, mental y de coordinación motriz para conductor. 13. Sostenimiento y seguimientos de programas de salud ocupacional, elaboración de panoramas de riesgo. Sin perjuicio de la anterior enunciación, la sociedad podrá realizar toda actividad relacionada y/o dependiente de las descritas con anterioridad. Además, podrá realizar toda clase de actos comerciales y financieros lícitos para desarrollar y cumplir su objeto social en general.

## CAPITAL

| | |
|---|---|
| | * CAPITAL AUTORIZADO * |
| Valor | $ 656.656.000,00 |
| No. Acciones | 164.164,00 |
| Valor Nominal Acciones | $ 4.000,00 |
| | * CAPITAL SUSCRITO * |
| Valor | $ 656.656.000,00 |
| No. Acciones | 164.164,00 |
| Valor Nominal Acciones | $ 4.000,00 |
| | * CAPITAL PAGADO * |
| Valor | $ 656.656.000,00 |
| No. Acciones | 164.164,00 |
| Valor Nominal Acciones | $ 4.000,00 |

## REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no, designado para un término de un (1) año por la Asamblea General de Accionistas.

## FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

La sociedad será gerenclada, admin istrada y representada legalmente ante terceros por el Representante Legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre, con las salvedades señaladas en estos estatutos. Por lo tanto , se entenderá que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad. El representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubiere reservado la Asamblea General de Accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal.Parágrafo primero. Le está prohibido al Representante Legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales. En caso de contravenir la prohibición, se

hará responsable ilimitadamente por las obligaciones contraídas, así como de los perjuicios causados a la sociedad. Par.1grafo segundo. Sin perjuicio de las facultades del Representante Legal, éste está obligado a: (A) Obtener autorización escrita de la asamblea general de accionistas, para celebrar contratos de enajenación o adquisición de activos o pasivos cuya cuantía sea superior a doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 smlmv); (B) Informar semestralmente a los accionistas respecto del balance contable de la sociedad; (C) Solicitar autorización a los accionistas para aumentar el cupo de endeudamiento de la sociedad más allá de mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (1.000 smlmv); (D) Solicitar autorización a los accionistas para otorgar crédito mayor o igual a doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 smlmv); (E) Informar, dentro del mes siguiente, cuando el valor acumulado de las cuentas por cobrar sea igual o superior a doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 smlmv); y, (F) Informar, dentro del mes siguiente, cuando uno o varios clientes presenten mora en el pago de sus obligaciones por período igual o mayor a noventa (90) días, sin importar la cuantía de la obligación en mora.

## NOMBRAMIENTOS

### REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 115 del 18 de diciembre de 2024 de la Junta de Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 30 de diciembre de 2024 con el No. 67120 del libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL | MARCELA MORALES HERRERA | C.C. No. 35.529.741 |

### REVISORES FISCALES

Por Acta No. 119 del 25 de abril de 2026 de la Asamblea De Accionista, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 31 de julio de 2026 con el No. 74245 del libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION | T. PROF |
|---|---|---|---|
| REVISOR FISCAL | LUIS EDUARDO RODRIGUEZ CARABALLO | C.C. No. 79.651.059 | 70451-T |

## REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

| DOCUMENTO | INSCRIPCIÓN |
|---|---|
| *) E.P. No. 546 del 05 de octubre de 2001 de la Notaria Unica De Villeta | 6930 del 09 de octubre de 2001 del libro IX |
| *) E.P. No. 185 del 12 de septiembre de 2004 de la Notaria Unica Villeta | 9046 del 29 de septiembre de 2004 del libro IX |
| *) Acta No. 26 del 24 de febrero de 2005 de la Asamblea General Extraordinaria | 9460 del 26 de abril de 2005 del libro IX |
| *) E.P. No. 231 del 03 de abril de 2008 de la Junta De Socios Villeta | 12847 del 08 de mayo de 2008 del libro IX |
| *) E.P. No. 427 del 22 de mayo de 2008 de la Notaria Unica Villeta | 13007 del 13 de junio de 2008 del libro IX |
| *) E.P. No. 580 del 23 de julio de 2009 de la Notaria Unica Villeta | 14829 del 08 de septiembre de 2009 del libro IX |
| *) E.P. No. 942 del 09 de noviembre de 2010 de la Notaria Unica Villeta | 17149 del 28 de diciembre de 2010 del libro IX |
| *) E.P. No. 969 del 18 de noviembre de 2011 de la Notaria | 19237 del 16 de diciembre de 2011 del libro IX |

Unica Villeta
*) E.P. No. 969 del 18 de noviembre de 2011 de la Notaria 19238 del 16 de diciembre de 2011 del libro IX
Unica Villeta
*) E.P. No. 1221 del 07 de diciembre de 2018 de la Notaria 44128 del 18 de diciembre de 2018 del libro IX
Unica De Villeta Villeta
*) E.P. No. 1246 del 14 de diciembre de 2018 de la Notaria 44129 del 18 de diciembre de 2018 del libro IX
Unica Villeta Villeta
*) Acta No. 115 del 18 de diciembre de 2024 de la Junta De 67120 del 30 de diciembre de 2024 del libro IX
Socios
*) Acta No. 117 del 24 de abril de 2025 de la Asamblea De 70465 del 01 de octubre de 2025 del libro IX
Accionistas
*) Acta No. 118 del 08 de octubre de 2025 de la Asamblea 70724 del 27 de octubre de 2025 del libro IX
Extraordinaria De Accionistas

## 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 FACATATIVA, 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 lo 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:** Q8621
**Actividad secundaria Código CIIU:** Q8691
**Otras actividades Código CIIU:** Q8622 L6810

## ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

## ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SEDE PRINCIPAL
Matrícula No.: 114498
Fecha de Matrícula: 04 de octubre de 2017
Último año renovado: 2026
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 5 6 51
Municipio: Villeta, Cundinamarca

Nombre: UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SEDE ODONTOLOGIA
Matrícula No.: 198234
Fecha de Matrícula: 30 de mayo de 2025

**CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha expedición:** 11/09/2026 - 10:48:11
Recibo No. S001223431, Valor 12100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 16SjZMG86j**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/47 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.

Último año renovado: 2026
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 5 7 34
Municipio: Villeta, Cundinamarca

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

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 MEDIANA EMPRESA.

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

Ingresos por actividad ordinaria : $8.248.223.580,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8691.

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

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

EL SECRETARIO

LEYDI PAOLA CARRILLO BERNAL

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

# UNIDAD MÉDICA CENTRAL

## NIT. 832.004.754-1

Moniquirá, Boyacá, 16 de septiembre de 2026

Doctora
**ANA MARITZA DÁVILA BARÓN**
Gerente y Representante Legal
**E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ**

ASUNTO: PROPUESTA COMERCIAL DE SERVICIOS DE TELERADIOLOGÍA

Respetada doctora Ana Maritza:

El suscrito, MARCELA MORALES HERRERA, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.529.741 expedida en Facatativá, en calidad de Representante Legal de UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS, se permite presentar a consideración de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ una propuesta comercial para la prestación de servicios especializados de radiología en modalidad de Teleradiología.

1. **OBJETO DE LA PROPUESTA**
Prestar servicios de lectura e interpretación de estudios de Tomografía Computarizada, Radiología Convencional y Mamografía mediante modalidad de Teleradiología.

2. **PROPUESTA ECONÓMICA**

| SERVICIO | MODALIDAD | VALOR POR ESTUDIO |
|---|---|---|
| Lectura de Tomografía simple y contrastada | Teleradiología | $37.000 |
| Lectura de Radiología Convencional (Rayos X) | Teleradiología | $10.000 |
| Lectura de Mamografía | Teleradiología | $19.000 |

3. **PROPUESTA DE VALOR**

Ofrecemos oportunidad de lecturas de acuerdo con la criticidad: La oportunidad para la lectura de estudios urgentes 30 a 60 minutos y prioritarios será hasta 2 horas y los demás estudios máximo 4 horas desde la solicitud médica del examen.

En consulta externa, garantizará la oportunidad en la entrega de resultados, máximo 24 horas después de la toma del estudio.

Calle 5 No. 6-51 Villeta Cundinamarca • Cel.: 3107593099
Email: umcvilleta@umcentralips.com.co

**4. OPORTUNIDAD Y GESTIÓN DEL SERVICIO**

El servicio será gestionado mediante herramientas de Teleradiología que permitan la recepción de los estudios, asignación para lectura, elaboración del informe y disponibilidad del resultado para el Hospital. Los tiempos específicos de respuesta podrán ser definidos y formalizados de acuerdo con las necesidades operativas y asistenciales de la E.S.E.

5. **INFORMACIÓN DEL PROPONENTE**

| | |
|---|---|
| Nombre del proponente | UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS |
| NIT | 832.004.754-1 |
| Representante Legal | MARCELA MORALES HERRERA |
| C.C. | 35.529.741 expedida en Facatativá |
| Correo electrónico | umcvilleta@umcentralips.com.co |
| Dirección | Calle 5 No. 6-51, Villeta, Cundinamarca |
| Teléfono | 3214435940 |

7. **CONDICIONES DE LA PROPUESTA**

- Los valores se expresan en pesos colombianos y corresponden al valor por estudio leído.
- La facturación y forma de pago serán acordadas entre las partes y establecidas en el respectivo contrato u orden de servicio.
- La presente propuesta tendrá una validez de noventa (90) días calendario contados a partir de su fecha de presentación.

8. **COMPROMISO**

UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS manifiesta su disposición para brindar al Hospital una solución integral de Teleradiología, con enfoque en calidad, oportunidad, seguridad de la información y continuidad del servicio, de acuerdo con las condiciones que sean definidas entre las partes.

Agradecemos la oportunidad de presentar esta propuesta y quedamos atentos a las observaciones y requerimientos necesarios para avanzar en su formalización.

Atentamente,

MARCELA MORALES HERRERA
C.C. No. 35.529.741
REPRESENTANTE LEGAL
UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35.529.741**

**MORALES HERRERA**
APELLIDOS

**MARCELA**
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1977**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.64** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-AGO-1996 FACATATIVA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1507600-00139379-F-0035529741-20081218 **00083**69606A 1 1780009252

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 30 de septiembre de 2026, a las 10:15:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 35529741 |
| Código de Verificación | 35529741260930101548 |

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. 303313549

PIB
15:09:47


Bogotá DC, 21 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) MARCELA MORALES HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 35529741:

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 03:12:54 PM horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **35529741**

Apellidos y Nombres: **MORALES HERRERA MARCELA**

**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, 21/09/2026 03:15:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **35529741** y Nombre: **MARCELA MORALES HERRERA.**

## 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. **148117977** . 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

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 35529741 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 30/09/2026 10:20 AM

Código Verificación: **LBUPGQJ21S**

Válida hasta: **30/12/2026**

---

**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 15:16:52 horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **35529741,** Apellidos y Nombres **MORALES HERRERA MARCELA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UNIDAD MEDICA CENTRAL**, con NIT **832004754-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304000575

PIB
15:07:52


Bogotá DC, 30 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), la persona UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS LTDA identificado(a) con NIT número 8320047541:

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 30 de septiembre de 2026, a las 15:07:10, 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 | 8320047541 |
| Código de Verificación | 832004754126093015071O |

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 | 2026-09-30 13:08 |
|---|---|---|---|

| Razón social |
|---|
| UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS - UMC |

| NIT | DV |
|---|---|
| 832004754 | 1 |

Lugar de ubicación

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | CUNDINAMARCA | VILLETA |

Clase de entidad: Otra

Si es otra, cual? SALUD

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

Servicios de la entidad:

ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION, ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO, ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS

Nombres y apellidos completos del representante legal

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MARCELA | | MORALES | HERRERA |

Documento de identificación del representante legal

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 35529741 |

Lugar de nacimiento del representante legal

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

Lugar de domicilio del representante legal

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | CUNDINAMARCA | FACATATIVÁ |

| | |
|---|---|
| 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales | $8.248.223.580,00 |
| Ingresos no operacionales | $17.393.248,00 |
| Otros | |
| TOTAL | $8.265.616.828,00 |

Las cuentas bancarias de UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 | $125.482,00 |
| CUENTA CORRIENTE | COLOMBIA | $591.043.384,00 |
| CUENTA CORRIENTE | COLOMBIA | $334.875.782,00 |
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $3.087.183,00 |

Los bienes patrimoniales de UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MUEBLE | COLOMBIA | CUNDINAMARCA | VILLETA | $229.344.280,00 |

Las acreencias y obligaciones vigentes de UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PROVEEDORES | $64.922.968,00 |
| TARJETAS DE CREDITO | $8.605.549,00 |
| OTRAS OBLIGACIONES | $363.973.179,00 |
| CUENTAS POR PAGAR (HONORARIOS, SERVICIOS, ARRIENDO, IMPUESTOS) | $2.017.928.859,00 |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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 UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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

¿UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS realizó donaciones?

Sí [ ] No [X]

Las donaciones realizadas por UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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

UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS 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:

| |
|---|
| |

VERGARA
CUNDINAMARCA
COLOMBIA
¡Para Todos!

Certificado No. SGG-028-2025

Vergara Cundinamarca, abril 01 de 2025

**EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE VERGARA**

**CERTIFICA**

Que La **UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS LTDA** identificado (a) con NIT N°. **832.004.754-1,** suscribió y ejecuto con la Alcaldía Municipal de Vergara los contratos que se describen a continuación:

| Contrato | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Objeto | Valor total |
|---|---|---|---|---|
| Contrato de Suministros No. 196 de 2022 | 14 de diciembre de 2022 | 31 de enero de 2023 | Prestación de servicios para la realización de las evaluaciones médico ocupacionales que se requieran para los servidores públicos de la alcaldía municipal de Vergara. | $ 904.600 |
| Contrato de Prestación de Servicios No. 151 de 2024 | 09 de agosto de 2024 | 31 de diciembre de 2024 | Prestación de servicios para la realización de las evaluaciones médico ocupacionales que se requieran para los servidores públicos de la alcaldía municipal de Vergara. | $ 2.416.581 |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

**JHON EDWIN RAMOS COLMENARES**
Secretario General y de Gobierno

| CONTROL TRAMITE DOCUMENTO | | |
|---|---|---|
| ACCIÓN | FUNCIONARIO | FIRMA |
| Proyectó | Yurley Martínez Martínez – Apoyo Contratación | |

# EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA CUNDINAMARCA

## CERTIFICA:

Que la empresa **UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS LTDA,** identificada con NIT 832004754 suscribió contrato de prestación de Servicios con esta Entidad, bajo las condiciones que se detallan a continuación:

| | |
|---|---|
| **Prestación de servicios No.** | O-P-S 462-2019 |
| **Objeto:** | El contratista se compromete a garantizar la prestación de servicios de exámenes ocupacionales para el personal de planta de la ESE Hospital Salazar de Villeta como lo estipula la propuesta la cual hará parte integral del presente contrato. |
| **Valor inicial de la orden** | $1.500.000(Un millón quinientos mil pesos m/cte). |
| **Fecha de inicio:** | 12 de abril de 2019 |
| **Fecha finalización:** | 31 de diciembre de 2019 |
| **Tiempo de ejecución:** | Ocho meses (8). |
| Calidad del servicio: | Bueno. |
| **Lugar de ejecución:** | Villeta, Hospital Salazar de Villeta |

| | |
|---|---|
| Prestación de servicios No. | O-P-S 343-2021 |
| Objeto: | Prestación de servicios de exámenes ocupacionales para el personal de planta de la ESE Hospital Salazar de Villeta como lo estipula la propuesta la cual forma parte integral del presente contrato |
| Valor inicial de la orden | $1.392.000(un millón trescientos noventa y dos mil pesos m/cte). |
| Fecha de inicio: | 11 de marzo de 2021 |
| Fecha finalización: | 30 de diciembre de 2021 |
| Tiempo de ejecución: | nueve meses (9). |
| Calidad del servicio: | Bueno. |
| Lugar de ejecución: | Villeta, Hospital Salazar de Villeta |

| | |
|---|---|
| Prestación de servicios No. | O-P-S 203-2022 |
| Objeto: | Prestar los servicios profesionales para la elaboración de exámenes medico ocupacional de ingreso, egreso o periódicos para los empleados de planta de la ESE Hospital Salazar de Villeta |
| Valor inicial de la orden | $1.200.000 (un millón doscientos mil pesos m/cte). |
| Fecha de inicio: | 01 de febrero de 2022 |
| Fecha finalización: | 31 de diciembre de 2022 |
| Tiempo de ejecución: | once meses (11). |
| Calidad del servicio: | Bueno. |
| Lugar de ejecución: | Villeta, Hospital Salazar de Villeta |

| | |
|---|---|
| Prestación de servicios No. | O-P-S 629-2024 |
| Objeto: | Servicio de equipos biomédicos para el servicio de radiología de imágenes ionizantes de la ESE Hospital Salazar de Villeta |
| Valor inicial de la orden | $2.000.000(dos millones de pesos m/cte). |
| Fecha de inicio: | 04 de julio de 2024 |
| Fecha finalización: | 03 de septiembre de 2024 |
| Tiempo de ejecución: | dos meses (2). |
| Calidad del servicio: | Bueno. |
| Lugar de ejecución: | Villeta, Hospital Salazar de Villeta |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintidós (22) días del mes de enero de 2025.

**FREDY ALEXANDER BUITRAGO RAMIREZ**
**Subgerente Administrativo y Financiero**

*Proyecto y Elaboro: Blanca González Apoyo TH ©*

VERGARA
CUNDINAMARCA
COLOMBIA
¡Para Todos!

Certificado No. SGG-028-2025

Vergara Cundinamarca, abril 01 de 2025

**EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE VERGARA**

**CERTIFICA**

Que La **UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS LTDA** identificado (a) con NIT N°. **832.004.754-1,** suscribió y ejecuto con la Alcaldía Municipal de Vergara los contratos que se describen a continuación:

| Contrato | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Objeto | Valor total |
|---|---|---|---|---|
| Contrato de Suministros No. 196 de 2022 | 14 de diciembre de 2022 | 31 de enero de 2023 | Prestación de servicios para la realización de las evaluaciones médico ocupacionales que se requieran para los servidores públicos de la alcaldía municipal de Vergara. | $ 904.600 |
| Contrato de Prestación de Servicios No. 151 de 2024 | 09 de agosto de 2024 | 31 de diciembre de 2024 | Prestación de servicios para la realización de las evaluaciones médico ocupacionales que se requieran para los servidores públicos de la alcaldía municipal de Vergara. | $ 2.416.581 |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

**JHON EDWIN RAMOS COLMENARES**
Secretario General y de Gobierno

| CONTROL TRAMITE DOCUMENTO | | |
|---|---|---|
| ACCIÓN | FUNCIONARIO | FIRMA |
| Proyectó | Yurley Martínez Martínez – Apoyo Contratación | |

**EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA**

**NIT 891800231-0**

**CERTIFICA:**

Que una vez revisados los archivos de la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** con **NIT. 891.800.231-0** y de acuerdo a la información suministrada por la oficina de contratación y el archivo de gestión documental, se evidencia que la empresa **UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S S.A.S.** identificada con NIT **832.004.754-1**, suscribió con la E.S.E el siguiente contrato:

**1.** Contrato No. 626 de 2025, cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGÍA PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **OCHOCIENTOS VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE ($820.000.000),** con vigencia del **07 DE NOVIEMBRE DE 2025 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.**

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y la información contenida es la registrada en los documentos contractuales.

La presente se expide a los veintisiete (27) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

**VICTOR MANUEL SANCHEZ VARGAS**
Subgerente Administrativo y Financiero

**Revisó:** Yanyd Cecilia Pinilla Pinilla (Coordinadora área de contratación)
**Proyectó:** Yuli Ropero (Tecnólogo Administrativo Contratación)

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE

HACE CONSTAR

Que, LA EMPRESA UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. SAS, identificado (a) con el nit número 832004754-1 legalmente constituida según consta en documento expedido por la Cámara de Comercio de Facatativá, identificada con NIT 808003827-9, con domicilio principal en la CLE 5 NRO 6 -51 en Villeta Cundinamarca, representada legalmente por, MARCELA MORALES HERRERA, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.529.741 expedida en Facatativá suscribió con la E.S.E. Hospital El Salvador de Ubaté, Los Contratos de Prestación de servicios, según detalle:

Que por la naturaleza jurídica la contratación no genera vínculo laboral, en razón de que el cronograma de actividades fue elaborado por el contratista y cuyo tiempo es manejado por Él mismo, estando solo supeditado a las necesidades del objeto y las obligaciones en desarrollo del mismo motivo por el cual no se certifica jornada laboral.

| No. CONTRATO | OBJETO | PLAZO DE EJECUCION | | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | | SUSCRIPCION | TERMINACION | |
| CPS No. 05 DE 2026 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ESPECIALIDADES DE RADIOLOGÍA (MAMOGRAFÍA, RAYOS X CONVENCIONAL Y PORTÁTIL) PARA LA E.S.E HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ. | DOS (02) DE ENERO DE 2026 | TREINTA (30) DE ABRIL DE 2026 | DOSCIENTOS SESENTA MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS ($260.789.520), M/CTE |
| CPS No. 06 DE 2026 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO GENERAL (NO GINECOOBSTÉTRICAS) PARA LA E.S.E HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ. | DOS (02) DE ENERO DE 2026<br>ADICION NO. 01 Y PRORROGA NO. 01<br>VEINTE (20) DE FEBRERO DE 2026. | VEINTIOCHO (28) DE FEBRERO DE 2026<br>TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DE 2026 | DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($ 200.000.000)<br>SESENTA Y UN MILLONES DE PESOS M/CTE ($61.000.000) |
| CPS No. 595 DE 2026 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO GENERAL (NO GINECOOBSTÉTRICAS) PARA LA E.S.E HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ. | PRIMERO (01) DE ABRIL DE 2026 | TREINTA (30) DE ABRIL DE 2026 | CIEN MILLONES DE PESOS ($ 100.000.000) |
| CPS NO. 702 DE 2026 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON TALENTO HUMANO Y APOYO TECNOLÓGICO PARA LOS SERVICIOS DE | DOS (02) DE MAYO DE 2026 | TREINTA Y UNO (31) DE OCTUBRE DE 2026 | NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES CIENTO OCHENTA Y |



Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NO IONIZANTES (ULTRASONIDO GENERAL NO GINECO-OBSTÉTRICO) E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES (MAMOGRAFÍA, RAYOS X FIJO Y PORTÁTIL), HABILITADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATÉ | | | CUATRO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS ($ 991.184.280) |

Se expide el veintisiete (27) dias del mes de julio de 2026.

Sin otro motivo atentamente,

LUIS ALFREDO NIÑO BENITEZ
Gerente E.S.E. Hospital El Salvador de Ubaté

*Proyectado por: Erika Yohanna Pinilla Cañón – Asesora Jurídica Contratación*



Scanned with CamScanner

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa UNIDAD MEDICA CENTRAL I. P. S. LT identificado(a) con NIT 8320047541 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 011375953 desde el 5 de Noviembre de 2024, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 11 de Septiembre de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

# UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS SAS
# NIT. 832.004.754-1

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL**

**DE LA UNIDAD MÉDICA CENTRAL IPS SAS**

**Nit. 832.004.754-1**

**CERTIFICA:**

Que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002

Dada en Villeta (Cundinamarca), a los veintinueve días (29) días del mes de septiembre de dos mil veintiséis (2026).

**LUIS EDUARDO RODRIGUEZ CARABALLO**
**C.C. 79.651.059 de Bogotá D.C**
*Revisor fiscal T.P 70451-T*
*Unidad Médica Central IPS SAS*

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 832004754 | 1 | UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. SAS | A - 200 O MAS COTIZANTES | PRINCIPAL | CL 5 6 51 | VILLETA-CUNDINAMARCA | 3107593099 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-09 | 622567999 | 9510697322 | E | 2026/09/11 | 2026/09/03 | BANCO DE BOGOTA | | $14,278,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ins | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,829,000 | $292,700 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | | $79,600 | | $0 | $0 | | $518,700 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 3 (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,829,000 | $292,700 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | | $79,600 | | $0 | $0 | | $518,700 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,829,000 | $292,700 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | | $79,600 | | $0 | $0 | | $518,700 |
| 1 | CC | 35220606 | ROZO PARRA FANNY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,829,000 | $292,700 | EPS008 | 30 | $1,829,000 | $73,200 | CCF22 | 30 | $1,829,000 | $73,200 | 14-11 | 30 | $1,829,000 | 4.350% | $79,600 | 30 | $0 | $0 | SI | $518,700 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,829,000 | $292,700 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | $73,200 | | | $1,829,000 | | $79,600 | | $0 | $0 | | $518,700 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $292,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $292,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $79,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $79,600 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $73,200 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $73,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $73,200 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $73,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $518,700 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 832004754 | 1 | UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. SAS | A - 200 O MAS COTIZANTES | PRINCIPAL | CL 5 6 51 | VILLETA-CUNDINAMARCA | 3107593099 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-09 | 622567999 | 9510697322 | E | 2026/09/11 | 2026/09/03 | BANCO DE BOGOTA | | $14,278,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $16,303,905 | $3,874,200 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | | $891,900 | | $0 | $0 | | $6,070,900 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2 (6 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $16,303,905 | $3,874,200 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | | $891,900 | | $0 | $0 | | $6,070,900 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $16,303,905 | $3,874,200 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | | $891,900 | | $0 | $0 | | $6,070,900 |
| 1 | CC | 35429087 | ABELLA HERNANDEZ LADY DAIHELI | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $4,184,000 | $1,087,900 | EPS017 | 30 | $4,184,000 | $167,400 | CCF22 | 30 | $4,184,000 | $167,400 | 14-11 | 30 | $4,184,000 | 6.960% | $291,300 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,714,000 |
| 2 | CC | 1075654332 | AVELLANEDA CASTILLO INGRID PATRICIA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 14 | $1,350,000 | $351,000 | EPS010 | 14 | $1,350,000 | $54,000 | CCF22 | 14 | $1,350,000 | $54,000 | 14-11 | 14 | $1,350,000 | 6.960% | $94,000 | 14 | $0 | $0 | SI | $553,000 |
| 3 | CC | 1075654332 | AVELLANEDA CASTILLO INGRID PATRICIA | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 16 | $1,120,000 | $291,200 | EPS010 | 16 | $1,120,000 | $44,800 | CCF22 | 16 | $1,120,000 | $44,800 | 14-11 | 16 | $1,120,000 | 0.000% | $0 | 16 | $0 | $0 | SI | $380,800 |
| 4 | CC | 1040050242 | BALLESTEROS ANTONIO MARIA PAULA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,900,000 | $304,000 | EPS002 | 30 | $1,900,000 | $76,000 | CCF22 | 30 | $1,900,000 | $76,000 | 14-11 | 30 | $1,900,000 | 2.436% | $46,300 | 30 | $0 | $0 | SI | $502,300 |
| 5 | CC | 1072365168 | SUAREZ BELLO MARLY PAOLA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS037 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | CCF22 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | 2.436% | $42,700 | 30 | $0 | $0 | SI | $463,100 |
| 6 | CC | 1003880756 | VELOZA BERNUDEZ ALEJANDRA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $3,005,500 | $781,500 | EPS037 | 30 | $3,005,500 | $120,300 | CCF22 | 30 | $3,005,500 | $120,300 | 14-11 | 30 | $3,005,500 | 6.960% | $209,200 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,231,300 |
| 7 | CC | 1020793670 | VIDAL GUERRERO JHONATHAN ALEJANDRO | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $2,993,500 | $778,400 | EPS017 | 30 | $2,993,500 | $119,800 | CCF22 | 30 | $2,993,500 | $119,800 | 14-11 | 30 | $2,993,500 | 6.960% | $208,400 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,226,400 |
| **Total** | | | **Afiliados( 6)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $16,303,905 | $3,874,200 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | $652,400 | | | $16,303,905 | | $891,900 | | $0 | $0 | | $6,070,900 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 6 | $3,874,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 4 | $3,290,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 2 | $584,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 6 | $891,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 6 | $891,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 6 | $652,400 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 6 | $652,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 6 | $652,400 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $98,800 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 2 | $287,200 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 2 | $190,400 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $76,000 |
| TOTAL | | | | 6 | $6,070,900 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 832004754 | 1 | UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. SAS | A - 200 O MAS COTIZANTES | PRINCIPAL | CL 5 6 51 | VILLETA-CUNDINAMARCA | 3107593099 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-09 | 622567999 | 9510697322 | E | 2026/09/11 | 2026/09/03 | BANCO DE BOGOTA | | $14,278,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | co | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (8 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $24,583,552 | $4,844,800 | | | $24,583,552 | $983,700 | | | $24,583,552 | $983,700 | | | $24,583,552 | | $876,200 | | $0 | $0 | | $7,688,400 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (8 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $24,583,552 | $4,844,800 | | | $24,583,552 | $983,700 | | | $24,583,552 | $983,700 | | | $24,583,552 | | $876,200 | | $0 | $0 | | $7,688,400 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $10,441,000 | $2,061,400 | | | $10,441,000 | $417,700 | | | $10,441,000 | $417,700 | | | $10,441,000 | | $398,300 | | $0 | $0 | | $3,295,100 |
| 1 | CC | 1076663136 | BOLAÑO RINCON SERGIO STYVEN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $7,262,000 | $1,234,800 | EPS005 | 30 | $7,262,000 | $290,500 | CCF22 | 30 | $7,262,000 | $290,500 | 14-11 | 30 | $7,262,000 | 2.436% | $177,000 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,992,800 |
| 2 | CC | 1049657891 | HOLGUIN JAIMES LAURA DAYANA | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $3,179,000 | $826,600 | EPS017 | 30 | $3,179,000 | $127,200 | CCF22 | 30 | $3,179,000 | $127,200 | 14-11 | 30 | $3,179,000 | 6.960% | $221,300 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,302,300 |
| Ciudad: BOYACA Depto: BOYACA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,879,000 | $748,600 | | | $2,879,000 | $115,200 | | | $2,879,000 | $115,200 | | | $2,879,000 | | $200,400 | | $0 | $0 | | $1,179,400 |
| 3 | CC | 1015437007 | CRUZ AVILA MARIA ANDREA | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $2,879,000 | $748,600 | EPS017 | 30 | $2,879,000 | $115,200 | CCF10 | 30 | $2,879,000 | $115,200 | 14-11 | 30 | $2,879,000 | 6.960% | $200,400 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,179,400 |
| Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (5 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $11,263,552 | $2,034,800 | | | $11,263,552 | $450,800 | | | $11,263,552 | $450,800 | | | $11,263,552 | | $277,500 | | $0 | $0 | | $3,213,900 |
| 4 | CC | 1053322784 | BELLO RODRIGUEZ SARA VALENTINA | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,960,596 | $313,700 | EPS041 | 30 | $1,960,596 | $78,500 | CCF10 | 30 | $1,960,596 | $78,500 | 14-11 | 30 | $1,960,596 | 2.436% | $47,800 | 30 | $0 | $0 | SI | $518,500 |
| 5 | CC | 1053323027 | CALVERA GIL EDGAR DAVID | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,941,956 | $310,800 | EPS041 | 30 | $1,941,956 | $77,700 | CCF10 | 30 | $1,941,956 | $77,700 | 14-11 | 30 | $1,941,956 | 2.436% | $47,400 | 30 | $0 | $0 | SI | $513,600 |
| 6 | CC | 7319844 | JIMENEZ ARENAS JAVIER EDUARDO | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 9 | $854,000 | $222,100 | EPS005 | 9 | $854,000 | $34,200 | CCF10 | 9 | $854,000 | $34,200 | 14-11 | 9 | $854,000 | 6.960% | $59,500 | 9 | $0 | $0 | SI | $350,000 |
| 7 | CC | 7319844 | JIMENEZ ARENAS JAVIER EDUARDO | | | | | | | | | | | | X | | | | | | 25-14 | 21 | $1,470,000 | $382,200 | EPS005 | 21 | $1,470,000 | $58,800 | CCF10 | 21 | $1,470,000 | $58,800 | 14-11 | 21 | $1,470,000 | 0.000% | $0 | 21 | $0 | $0 | SI | $499,800 |
| 8 | CC | 46677891 | RODRIGUEZ BALLEN CLAUDIA PATRICIA | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | 23100 1 | 30 | $3,286,095 | $525,800 | EPS037 | 30 | $3,286,095 | $131,500 | CCF10 | 30 | $3,286,095 | $131,500 | 14-11 | 30 | $3,286,095 | 2.436% | $80,100 | 30 | $0 | $0 | SI | $868,900 |
| 9 | CC | 33700591 | SUAREZ CORREDIN EGNA YULIETH | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS042 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | CCF10 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | 2.436% | $42,700 | 30 | $0 | $0 | SI | $463,100 |
| **Total** | | | **Afiliados( 8)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $24,583,552 | $4,844,800 | | | $24,583,552 | $983,700 | | | $24,583,552 | $983,700 | | | $24,583,552 | | $876,200 | | $0 | $0 | | $7,688,400 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 8 | $4,844,800 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $525,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 5 | $2,804,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $1,234,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 8 | $876,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 8 | $876,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 8 | $983,700 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 2 | $417,700 |
| COMFABOY | CCF10 | 891,800,213 | 8 | 6 | $566,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 8 | $983,700 |
| COOSALUD EPS | EPS042 | 900,226,715 | 3 | 1 | $70,100 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 2 | $242,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $131,500 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 2 | $156,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 2 | $383,500 |
| TOTAL | | | | 8 | $7,688,400 |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141249854720

(415)7707212489984(8020) 000014124985472 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 2 0 0 4 7 5 4 | 1 | 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
UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S. SAS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Villeta 8 7 5 |

41. Dirección principal
CL 5 6 51

42. Correo electrónico umcvilleta@umcentralips.com.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 7 5 9 3 0 9 9 | 3 2 1 4 0 0 9 4 5 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 0 0 8 1 8 | 8 6 9 1 | 2 0 0 7 0 7 3 0 | 8 6 2 2 | 6 8 1 0 | | 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 | 7 | 1 | 4 | 1 | 6 | 4 | 2 | 4 | 8 | 5 | 2 | 5 | 5 | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-05 / 10:20:24AM

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 MORALES HERRERA MARCELA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141249854720

(415)7707212489984(8020) 000014124985472 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 2 0 0 4 7 5 4 | 1 | 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 5 | 0 1 |
| 72. Número | 0 5 5 0 | 1 1 8 |
| 73. Fecha | 2 0 0 0 0 8 1 8 | 2 0 2 5 1 0 0 8 |
| 74. Número de notaría | 1 | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 0 0 8 2 9 | 2 0 2 5 1 0 2 7 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 2 0 9 1 0 | 2 0 9 1 0 |
| 78. Departamento | 2 5 | 2 5 |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 7 | 4 7 |

Vigencia

| | |
|---|---|
| 80. Desde | 2 0 0 0 0 8 1 8 |
| 81. Hasta | 2 1 0 0 1 2 3 1 |

## 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: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 6 0 6 2 3 | | - |
| 2 | 2 1 | 2 0 2 4 1 2 1 8 | | - |
| 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: 141249854720

(415)7707212489984(8020) 000014124985472 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 2 0 0 4 7 5 4 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 1 2 1 8 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 3 5 5 2 9 7 4 1 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORALES | HERRERA | MARCELA | |

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

**2**

| 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 |
|---|---|---|
| | | |

**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**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141249854720

(415)7707212489984(8020) 000014124985472 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 2 0 0 4 7 5 4 | 1 | 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 |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 9 6 5 1 0 5 9 | | 7 0 4 5 1 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | CARABALLO | LUIS | EDUARDO |

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

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 6 0 4 0 1 |

**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 | 7 9 4 9 5 6 7 4 | 5 | 7 3 5 5 6 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SUAREZ | PINZON | GUSTAVO | ALONSO |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 6 0 5 0 5 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141249854720

(415)7707212489984(8020) 000014124985472 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 2 0 0 4 7 5 4 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**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: UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SEDE PRINCIPAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Cundinamarca 2 5 | Villeta 8 7 5 | |

165. Dirección: CL 5 6 51

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 1 4 4 9 8 | 2 0 1 7 1 0 0 4 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 1 9 1 9 5 0 0 1 | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2 | |

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SEDE ODONTOLOGIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Cundinamarca 2 5 | Villeta 8 7 5 | |

165. Dirección: CL 5 7 34

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 9 8 2 3 4 | 2 0 2 5 0 5 3 0 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 1 9 1 9 5 0 0 1 | | |

**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

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** 30 (DÍA) 09 (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: UNIDAD MEDICA CENTRAL I.P.S SAS — Nit: 832.004.754-1

| Dirección Oficina Principal | Ciudad | Teléfono | Fax |
|---|---|---|---|
| CL 5 6 51 | VILLETA | 3107593099 | |

| Dirección Sucursal o Agencia | Ciudad | Teléfono | Fax |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

Código Actividad "CIIU": 8621

## 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 |
|---|---|---|
| MARCELA MORALES HERRERA | C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] | 35.529.741 |
| | 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 | $ $ 5.018.909.785 | TOTAL PASIVOS | $ $ 2.455.430.556 |
| INGRESOS MENSUALES | $ $ 1.678.911.448 | OTROS INGRESOS | $ $ 1.449.437 |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | Actividades de practica medica sin internacion | | |
| EGRESOS MENSUALES | $ $ 1.071.626.456 | 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)

Actividades de practica medica sin internacion

**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 de Bogota | | Cuenta corriente | 011375953 |

## 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

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario

**Cargo** EMPRESA

**Título**

**Nombre** UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS

**Apellidos** UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS

**Fecha de Nacimiento** 20/08/2000 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Usted pertenece a un grupo joven**

**Nivel Educativo** No sabe

**Género** Otro

**¿Tiene alguna discapacidad?** ○ Sí ◉ No

**Nombre y apellido** UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS SAS

**Tipo de documento** NIT

**Número de documento** 832004754

**Dirección** CALLE 5 N 6-51

**Código postal**

**Estrato** 2

**Ubicación** Villeta

**País** COLOMBIA

**Correo electrónico** umcvilleta@umcentralips.com.co

**Teléfono**

**Celular** 3107593099

## Configuración

**Zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

**Idioma** Español (Colombia)

**Configuración regional** Spanish (Colombia)

## Seguridad de la información

**Pregunta de seguridad** ¿Cuál es su número de teléfono?

**Respuesta** 3107593099

**SMS para recuperar la contraseña** 3107593099

Editar

| | 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 | JULIAN ANDRES BARROS |
| CARGO | Radiologo C.C. 1.140868.219 |
| 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) | NA |
| 14 | Curso de protección radiológica (Tecnólogos rayos x- médicos radiólogos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | ✓ |
| 15 | Curso Toma de muestras (Auxiliares Laboratorio Clínico)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 16 | Curso en TOMA DE CITOLOGÍAS (Enfermera Consulta Externa)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 17 | Curso de Primeros Auxilios o de Primer Respondiente (Conductores)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 18 | Curso de Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (Auxiliares de Vacunación)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 19 | Curso o Formación Hemodinamia (Operadora) | NA |
| 20 | Curso o Formación en cuidado Intensivo (Profesionales UCI)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 21 | Diplomado Gestión Pre - Trasnfucional (Bacteriologos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 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 | NA |
| 23 | Vacuna Miningococo aplica solamente para profesionales de Bacteriología | NA |
| | **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: 01/10/2026
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) | NA |
| 31 | Formato Declaración de bienes y rentas (SIGEP)- Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Contratistas-Funcionarios) | NA |
| 32 | Certificados de experiencia laboral | ✓ |
| 33 | Foto 3x4 fondo blanco (Aplica para contratación por empresa tercerizadora) | NA |
| 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) | NA |
| 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) | NA |
| 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) | NA |
| 47 | Certificado de formación en toma de imágenes diagnosticas no ionizantes (Aplica solo para Médicos Ginecologos) | NA |
| 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) | NA |
| 52 | Certificado médico de ingreso | ✓ |
| | **OTROS que apliquen según necesidad de contratación** | |
| 53 | Propuesta económica | NA |

**Verificó, Contratación**

**Nombre:** Cindy Cardenas

**Cargo:** Apoyo Contratacion

**Fecha:** 01/10/2026

**Firma:** Cindy Cárdenas

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.

TENIENDO EN CUENTA QUE

**Julián Andrés Barros González**

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C No. 1140868214

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

**Facultad de Medicina**

LE OTORGA,
EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
EL **TÍTULO** DE

**Médico General**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACIÓN EN BOGOTÁ, D.C.,
A LOS treinta y uno (31) DÍAS DEL MES DE marzo DE dos mil diecisiete (2017)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA No. 46130

# MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Acta de Notificación Electrónica.
15 de noviembre de 2022
2022-EE-277071
Bogotá, D.C.

Señor(a)
JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ
Convalidante
N/A
calle 87n°42b1-155
Barranquilla Atlántico
julianbarrosg@outlook.es

Asunto: Notificación Electrónica de Resolución 021607 DE 11 NOV 2022

Cordial Saludo,

En cumplimiento a su autorización de Notificación Electrónica, le notifico el contenido de Resolución 021607 DE 11 NOV 2022, para lo cual, le remito copia en archivo adjunto de la resolución antes mencionada, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, que establece:

"Artículo 56. Notificación electrónica. Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación.

Sin embargo, durante el desarrollo de la actuación el interesado podrá solicitar a la autoridad que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos, sino de conformidad con los otros medios previstos en el Capítulo Quinto del presente Título.

La notificación quedará surtida a partir de la fecha y hora en que el administrado acceda al acto administrativo, fecha y hora que deberá certificar la administración", por lo cual, esta notificación tiene plena validez.

En el acto administrativo adjunto usted podrá verificar si contra este proceden los recursos de reposición y/o apelación, los cuales deberán interponerse por escrito ante el funcionario que dictó la decisión, en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella (término común para los dos recursos), o a la notificación por aviso, o al vencimiento del término de publicación según el caso.

De proceder el recurso de apelación, este podrá interponerse directamente, o como subsidiario del de reposición y será obligatorio para acceder a la jurisdicción (Artículo 76 Ley 1437 de 2011).

"Conforme con el artículo 81 y los numerales 3 y 4 del artículo 87 de la Ley 1437 de 2011, el destinatario de este acto administrativo podrá desistir de los recursos de ley que procedan, mediante comunicación al correo electrónico NotificacionesElectronicas@mineducacion.gov.co indicando claramente que renuncia a términos de ejecutoría de la Resolución 021607 DE 11 NOV 2022 " con el fin de que el acto administrativo cobre firmeza.



DORA INES OJEDA RONCANCIO
Asesora Secretaría General
UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Preparó: Técnico UAC (Juan Sebastian Castro Castro)
Revisó: Profesional UAC (Natalia Gomez Cruz)

REPÚBLICA DE CUBA

# El Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara

*en uso de las facultades que le están conferidas, expide el presente Título de Especialista de:*

## Primer Grado en Imagenología

*a favor de:*

## Julian Andres Barros Gonzalez

*en atención a que el mismo ha cumplido los requisitos establecidos y ha realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día* 23 *del mes de* Mayo *, del año* 2022 .

*En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de Santa Clara, a los* 2 *días, del mes de* Junio *, del año* 2022 .

Decana

Rector

Refrendado: _____

Secretaria General

Registrado en el tomo VII folio 275 número 2257 del Registro de Títulos de la Secretaría General del Centro de Educación Superior.

Registrado en el tomo V folio 055 número 1641 del Registro de Títulos de la Facultad de Medicina Villa Clara

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
LA HABANA - CUBA
AUTENTICACIÓN DE FIRMA
El (La) Cónsul de Colombia
CERTIFICA

Que DAISY MOREJON DIAZ, quien firma y otorga el presente documento, ejerce legalmente a la fecha ahí expresada el cargo de FUNCIONARIO DE LA DIRECCION DE ASUNTOS CONSULARES Y DE CUBANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR (DACCRE), MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, REPÚBLICA DE CUBA y que la firma y sello que en el documento aparecen como suyos, son los que usa y acostumbra en todos sus actos.

El Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, no asume responsabilidad por el contenido del documento.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE COLOMBIA
JUAN MANUEL CORZO ROMAN
ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES
Firmado Digitalmente

| | |
|---|---|
| Derechos | EUR 17,00 |
| FONDO ROTATORIO | EUR 17,00 |
| TIMBRE | EUR 0,00 |
| Fecha de Expedición: 22 junio 2022 | |
| Impresión No: | 1 |

La autenticidad de este documento puede ser verificada en:
http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:AFWGW84750040

MINREX

República de Cuba
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRE

H 362578

CERTIFICO: Que al parecer la firma que antecede del funcionario autorizante de este documento, es auténtica por la semejanza que guarda con la que obra en el registro y con la que él acostumbra a usar en sus actos oficiales.
En fe de lo cual autorizo la presente con mi firma y el sello de este ministerio para Daisy Morejon Diaz

Dada en La Habana a los 13 JUN. 2022

MINREX

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ
CC 1140868214



MÉDICO
Fundación Universitaria San Martin
Puerto Colombia

GRADO: 31/03/2017
ReTHUS: 01/06/2018

ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia), para: colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

## *QR DIGITAL*

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Resultado General -2026-10-01--3:35:18 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1140868214 | JULIAN | ANDRES | BARROS | GONZALEZ | Vigente | Ver |

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) JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ identificado(a) con CC 1140868214 registra La siguiente información:

2026-10-01--3:35:18 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio Vigencia Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| **ESP** | **Extranjero** | **Radiología e Imágenes Diagnósticas** | **2022-11-11** | **107829** | **COLEGIO MEDICO COLOMBIANO** |
| **UNV** | **Local** | **MEDICINA** | **2018-06-01** | **34914** | **COLEGIO MEDICO COLOMBIANO** |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Presto SSO** | **Local** | **COLOMBIA\|ANTIOQUIA\|MEDELLÍN** | **2017-04-24** | **2018-04-24** | **Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada** | **Medicina** | **COLEGIO MEDICO COLOMBIANO** |

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

**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS S.A.S**

**NIT 901.221.712-2**

# CERTIFICA QUE

## JULIÁN ANDRÉS BARROS GONZÁLEZ

**IDENTIFICADO (A) CON** C.C. 1140868214

**Asistió al curso de:**

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS - AQS

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 16/02/2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO**
**GERENTE**

**MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE UN AÑO APARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

*DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE* DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

EDUCliC

Tu ventana al conocimiento

**NIT: 901560863**

# CERTIFICA QUE

## JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ

IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1140868214

## Asistió al Curso Básico de :

## ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL -AVS-

## Con una intensidad horaria de 48 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 18/08/2026. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Hernando Enrique Cortes Burgos**
**GERENTE**

**Hernando Enrique Cortes Burgos**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DETALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD.

# Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069431024 - 5

Bajo el Código Único Interno LE8FCGDJXU, constamos que

## Julian Andres Barros Gonzalez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1140868214

Participó y finalizó el programa Básico de

## Gestión del Duelo y Acompañamiento Psicosocial en Salud (GDS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 30 de Septiembre de 2026

CUI: LE8FCGDJXU

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 10100012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

# Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT 1069743024 - 5

Bajo el Código Único Interno CV69AK5U4H, constamos que

## Julian Andres Barros Gonzalez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1140868214

Participó y finalizó el programa Básico de

## Cuidados Paliativos y Control del Dolor

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 30 de Septiembre de 2026

CUI: CV69AK5U4H

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

# Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MOREFO
Entidad Emisora NIT: 1069761024-5

Bajo el Código Único Interno JD7WPTXZLC, constamos que

## Julian Andres Barros Gonzalez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1140868214

Participó y finalizó el programa Básico de

## Gestión Operativa en la Donación, Detección y Cuidado del Donante de Órganos y Tejidos

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 30 de Septiembre de 2026

CUI: JD7WPTXZLC

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS S.A.S

**NIT 901.221.712-2**

# CERTIFICA QUE

## JULIÁN ANDRÉS BARROS GONZÁLEZ

**IDENTIFICADO (A) CON** C.C. 1140868214

**Asistió al curso de:**

## SOPORTE VITAL BASICO - BLS

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL **16/02/2026**, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO**
**GERENTE**

**MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE DOS AÑOS APARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

*DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE* DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

## IDEAS MÉDICAS AVANZADAS S.A.S

**NIT 901.221.712-2**

# CERTIFICA QUE

## JULIÁN ANDRÉS BARROS GONZÁLEZ

**IDENTIFICADO (A) CON** C.C. 1140868214

**Asistió al curso de:**

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD - HSS

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL **16/02/2026**, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO**
**GERENTE**

**MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO**
**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE UN AÑO APARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

*DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE* DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS S.A.S

**NIT 901.221.712-2**

# CERTIFICA QUE

## JULIÁN ANDRÉS BARROS GONZÁLEZ

**IDENTIFICADO (A) CEDULA DE CIUDADANIA 1.140.868.214**

## Asistió al curso de:

RADIO-PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (RRP)

## Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 03 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO
GERENTE

MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE DOS AÑOS APARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA S

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

# Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 10697310 24 - 5

Bajo el Código Único Interno L7YDRBPHJS, constamos que

## Julian Andres Barros Gonzalez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1140868214

Participó y finalizó el programa Avanzado de

## Soporte Vital Avanzado (SVA) – Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)

con 70 horas de intensidad y dos años de vigencia

a partir del día 30 de Septiembre de 2026

CUI: L7YDRBPHJS

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

## Julian Andres Barros Gonzalez

C.C 1.140.868.214

Participó y completó el curso virtual

**integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 03 de junio 2026

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 765674816000

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**ESAP**

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| BARROS | GONZALEZ | *JULIAN ANDRES* |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C ● C.E ○ PAÍS ○ No. 1.140.868.214

*SEXO*: F ○ M ●

*NACIONALIDAD*: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* _____

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 2 0 MES 0 1 AÑO 1 9 9 4

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO MAICAO

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CL 87 42B1-155 CASA LOS NOGALES

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

TELÉFONO 3006311863 EMAIL julianbarrosg@outlook.es

## 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 1 2 AÑO 2 0 1 0 |

***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 | | MEDICO GENERAL | 03 | 2 | 0 | 1 | 7 | 1140868214 |
| ES | 6 | X | | ESPECIALISTEA DE IMAGENOLOGÌA | 06 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1140868214 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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* COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* MONIQUIRÀ | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* ALIANZA DIAGNOSTICA SA | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* ● | *PAÍS* COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO* SANTANDER | *MUNICIPIO* BUCARAMANGA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* Gerente.gerente@alianzadiagnostica.com | |
| *TELÉFONOS* 3214536354 | *FECHA DE INGRESO* DÍA 0 2 MES 0 3 AÑO 2 0 2 3 | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* MEDICO RADIOLOGO | *DEPENDENCIA* IMÁGENES DIAGNOSTICAS | | *DIRECCIÓN* CL 45 29-55 | |

**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)

## 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 |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÀ | ● | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOYACÀ | MONIQUIRÀ | imagenesdiagnosticas@hrm.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 311 446 9176 | DÍA 26 MES 01 AÑO 2013 | DÍA 26 MES 07 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | IMAGENOLOGÌA Y APOYO DIAGNÒSTICO | CL 4ª 9-101 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CIAEPE IPS LTDA | | ● | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | lreyes2002@yahoo.es |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| Pbx 6028354133 | DÍA 03 MES 09 AÑO 2022 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADILOGO | IMÁGENES DIAGNOSTICAS | Cr3a 10-11 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SERVICIOS MEDICOS OLIMPAS IPS | | ● | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| ATLÀNTICO | BARRANQUILLA | info@olimposlab.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3174422432 | DÍA 01 MES 08 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 10 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADILOGO | IMÁGENES DIAGNOSTICAS | CL 70 48-56 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE DE SANTANDER | ● | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | EL CARMEN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3138723998 | DÍA 21 MES 01 AÑO 2017 | DÍA 21 MES 12 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO GENERAL | CONSULTA EXTTRERNA DIAGNOSTICO | |

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

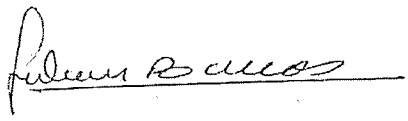
INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **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).



*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*

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* |
|---|---|---|
| **BARROS** | ***GONZALEZ*** | ***JULIAN ANDRES*** |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.140.868.214

*SEXO*: F ( ) M (X)

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

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1.140.868.214 D.M 2

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 2,0 MES 0,1 AÑO 1,9,9,4

PAÍS **Colombia**

DEPTO Atlántico

MUNICIPIO Barranquilla

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Calle 87 #42B- 155 Apto 401

PAÍS Colombia DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

TELÉFONO 3006311863 EMAIL julianbarros@outllook.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. | 10 | X | MES 1,2 AÑO 2,0,1,0 |

***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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presencial | 12 | X | | Médico General | 03 | 2017 | 1140868214 |
| Presencial | 6 | X | | ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS. | 06 | 2022 | 114086214 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* R | B | MB | *LO LEE* R | B | MB | *LO ESCRIBE* R | B | 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* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>*ALIANZA DIAGNOSTICA SA* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*SANTANDER* | *MUNICIPIO*<br>*BUCARAMANGA* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>*GERENTE.GERENTE@ALIANZADIANOSTICA.COM* | |
| *TELÉFONOS*<br>*3214536354* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 02 MES 03 AÑO 2023 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>*MEDICO RADIOLOGO* | *DEPENDENCIA*<br>*IMAGEBES DIAGNOSTICAS* | | *DIRECCIÓN*<br>*CALLE 45-29-55* | |

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

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 |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOYACA | MONIQUIRA | IMGANESDIAGNOSTICAS@HMR.GOV.CO |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3114469176 | DÍA 26 MES 01 AÑO 2023 | DÍA 26 MES 07 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | IMÁGENES DIAGNOSTICAS | CALLE 4ª #9-100 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CILAPE IPS LTDA | | x | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | IREYEs2002@YAHOO.ES |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6028354133 | DÍA 03 MES 09 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 10 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | IMGANES DIAGNOSTICAS | CARREA 3ª -10-11 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL REGIONAÑ NORTE DE SANTANDER | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | EL CARMEN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3138723998 | DÍA 01 MES 08 AÑO 2022 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | IMAGEBES DIAGNOSTICAS | |

**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 |
|---|---|---|
| | | |

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* | | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* *Chiquinquirá el 11 de septiembre del 2026*

*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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.140.868.214**

**BARROS GONZALEZ**
APELLIDOS

**JULIAN ANDRES**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ENE-1994**

**MAICAO**
**(LA GUAJIRA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.82** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**23-MAR-2012 BARRANQUILLA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0300150-00857970-M-1140868214-20161024 0051960293A 1 1034144086

Chiquinquirá, 01 octubre de 2026

# ACTA DE COMPROMISO PARA LA SOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN MILITAR

Yo, JULIAN ANDRES BARROS GONZALE, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.140.868.214 expedida en la ciudad de Barranquilla, manifiesto que me comprometo a adelantar, los trámites necesarios para **definir y/o solucionar mi situación militar**, conforme a las disposiciones legales vigentes.

Declaro que conozco que el presente documento constituye un **compromiso de realizar las gestiones necesarias para definir mi situación militar**, y que su cumplimiento estará sujeto a los procedimientos y requisitos establecidos por la autoridad competente.

Para constancia, se firma en Chiquinquirá a los 01 días del mes de octubre de 2026

Atentamente,

**JULIAN ANDRERS BARROS GONZALEZ**
Médico Radiólogo
Cc 1.140.868.214 de barranquilla

ALJURE
Radiólogos Asociados SAS
NIT 901082483-3

## EL GERENTE DE ALJURE RADIÓLOGOS ASOCIADOS S.A.S

## CERTIFICA QUE:

La Dr. **JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ,** identificado con cedula de ciudadanía N. No. 1.140.868.214 expedida en la ciudad de Barranquilla, laboro en esta empresa durante el tiempo comprendido entre el 25 de mayo de 2023 hasta el 15 de abril de 2024, en el cargo de Medico Radiólogo, tiempo en el cual demostró ser una persona honesta responsable y cumplidora de sus deberes y obligaciones que le fueron asignadas.

La anterior se expide a solicitud de la interesada a los 01 días del mes de octubre (10) del año dos mil veintiséis (2026).

Vicente de Jesús Aljure Reales.
Médico Radiólogo - Radiología Intervencionista.
Registro médico: 0024 41 — 8

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141282666891

(415)7707212489984(8020) 000014128266689 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 0 8 6 8 2 1 4 | 4 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARROS | GONZALEZ | JULIAN | ANDRES |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 87 42 B 1 155

42. Correo electrónico: julianbarrosg@outlook.es

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 6 3 1 1 8 6 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 8 0 3 1 3 | 0 1 4 1 | 2 0 2 1 0 1 0 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 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

### 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 61. Fecha 2026-10-01 / 09:24:35AM

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 BARROS GONZALEZ JULIAN ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Código de habilitación: 680777055401

Nombre: Julian Andres Banos Gonzalez

Identificación: 1.140.868.214

Teléfono: 3006311863

Centro de Vacunación LIFE

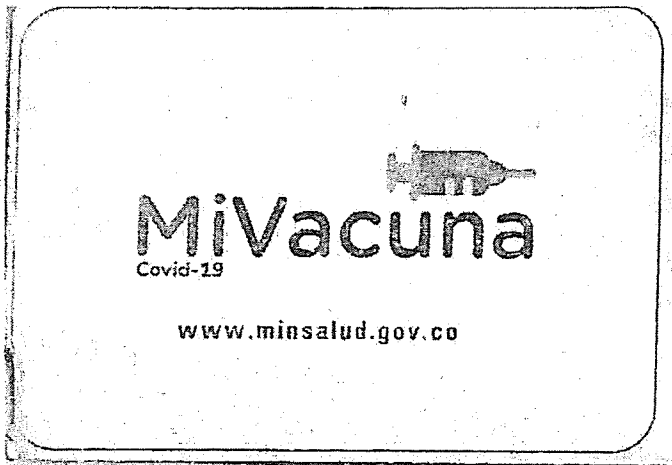
email: vacunacionlife@gmail.com

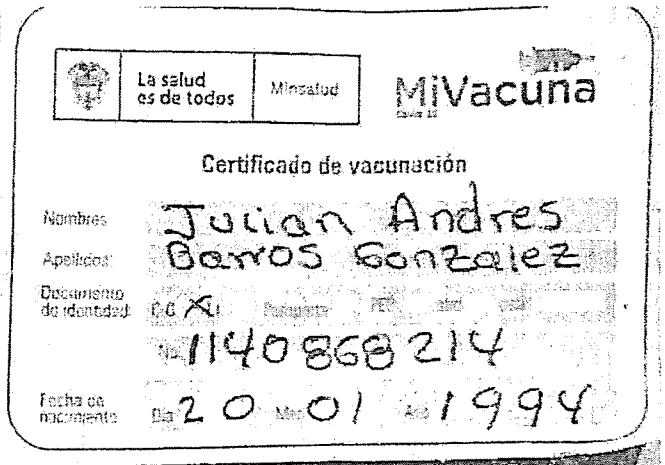
Cel: 311 571 0070

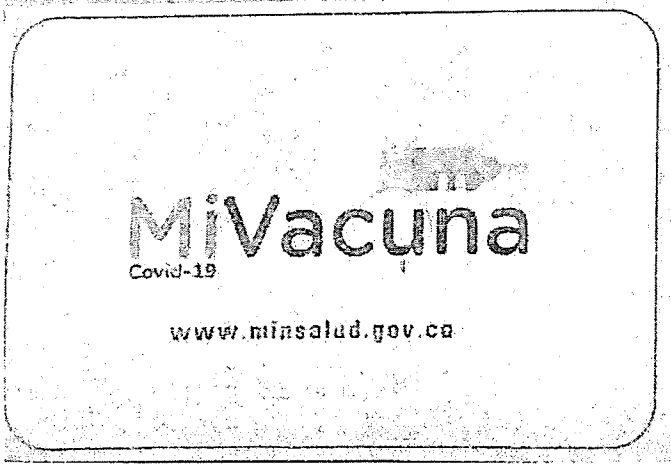
Cra 9 No. 15 - 128 Brr Santa Fé

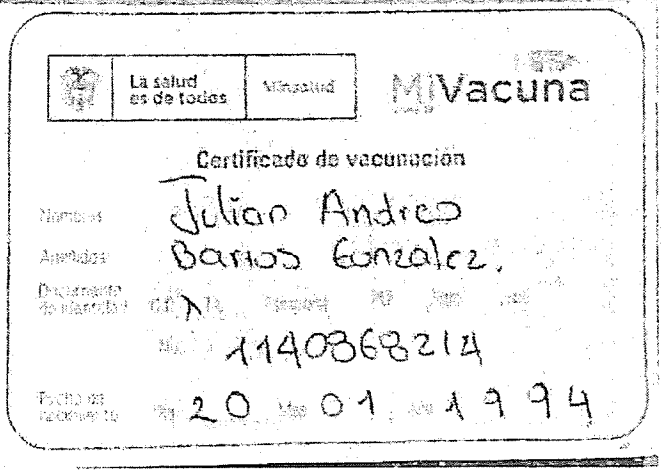
Barbosa, Santander

| VACUNA | DOSIS | FECHA | LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 01-03-23 | 034Z10086 | Life-IPS Neidi H. |
| | 2 | 01-04-23 | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |
| Influenza Anual | 1 | | | |
| | R1 | | | |
| | R2 | | | |
| Fiebre Amarilla | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Neumococo | 1 | | | |
| | R | | | |
| Triple Viral | R | | | |
| Fiebre 10 años | R | | | |
| Toxoide Tetánico | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Toxoide Diftérico y Tetánico | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Virus del Papiloma Humano | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Herpes Zoster | 1 | | | |
| DPT Acelular Antipertussis | 1 | | | |
| Otros | | | | |
| Covid-19 | 1 | | | |


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co


La salud es de todos
Minsalud
MiVacuna
Certificado de vacunación
Nombres
Julian Andres
Apellidos
Barros Gonzalez
Documento de identidad
CC X
1140868214
Fecha de nacimiento
Día 20 Mes 01 Año 1994


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co


La salud es de todos
Minsalud
MiVacuna
Certificado de vacunación
Julian Andres
Barros Gonzalez
1140868214
20 01 1994

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 03-09-21 | Pfizer | FE 3593 | Mi Red | Yarlis Sierra | 32734852 |
| | 2 | 24-09-21 | Pfizer | FF 8849 | Mi Red | Yarlis Sierra | 32734852 |
| | | | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 2 Refuerzo 4 | 11-02-22 | Pfizer | Ramdato | H.R.M | Inglid. cardenas | 1003342004 |
| | 2 | | | | | | |
| | | | | | | | |

| VACUNA | DOSIS | FECHA | LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1ª | 03/08/12 | 0353/09 | SUS VACUNAS |
| | 2ª | 05/09/12 | 0383/09 | SUS VACUNAS |
| | 3ª | 06/10/12 | 0341/10 | SUS VACUNAS |
| | Ref. | | | |
| TOXOIDE TETANICO | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 3ª | | | |
| | Ref. | | | |
| | Ref. | | | |
| MENINGITIS MENINGOCOCCICA | 1ª | 03/08/12 | 4H221 | SUS VACUNAS |
| | 2ª | 7de10/12 | 4H221 | SUS VACUNAS |
| INFLUENZA | 1ª | | | |
| OTRAS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | 15-10-24 | 0091H0134 | Clínica Barranquilla |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

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

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Julian Andres

Apellidos: Barros Gonzalez

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

Número de documento: 1140868214

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 01 Año 1994

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 jueves 01 de octubre de 2026, a las 07:06:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1140868214 |
| Código de Verificación | 1140868214261001070624 |

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. 304047572

PIB
07:07:09


Bogotá DC, 01 de octubre 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) JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1140868214:

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 08:16:34 AM horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1140868214**

Apellidos y Nombres: **BARROS GONZALEZ JULIAN 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, 01/10/2026 08:44:26 a. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1140868214**

## 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. **148751803** . 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

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 1140868214 **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 27/06/2026 08:29 PM

Código Verificación: **QXLUT6S43Y**

Válida hasta: **26/11/2026**

---

**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 08:18:54 horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1140868214,** Apellidos y Nombres **BARROS GONZALEZ JULIAN ANDRES**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **JULIAN BARROS**, con NIT **114086821-4** 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

**C114086821400351537**
**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) **JULIÁN ANDRÉS BARROS GONZÁLEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1140868214 y T.P. o R.M. No. 1140868214 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 jueves 01 octubre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, 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:

**EXPEDITO ANDRES PRADA SUAREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.911.080**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Junio 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.

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1140868214 |
| NOMBRES | JULIAN ANDRES |
| APELLIDOS | BARROS GONZALEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | ATLANTICO |
| MUNICIPIO | BARRANQUILLA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | CONTRIBUTIVO | 11/10/2016 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/01/2026 08:21:00 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

POSITIVA

CER_AFI_2026028503587

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

EXPEDITO ANDRES PRADA SUAREZ identificado con CC. 1095911080 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16) |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 899999998 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2024/11/06 | **Fecha inicio contrato** | 2024/11/01 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2050/12/31 |
| **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** | - | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de junio 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: **CC23062026E1095911080P19198377.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS**

# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

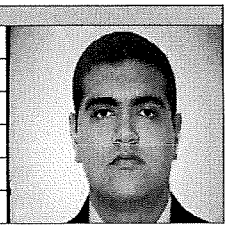
CALLE 70 N 48 -56 3857980

**CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1250644**

**EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR**

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. PREINGRESO [ X ] | 2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACIÓN [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

## DATOS DEL PACIENTE



| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 17/07/2025 | EMPRESA: PARTICULARES SO | | |
| NOMBRE: JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ | | | DOC. IDENTIDAD: CC 1140868214 |
| CARGO: MEDICO RADIOLOGO | | | EDAD: 31 AÑOS |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) | FECHA DE NACIMIENTO: 1994-01-20 | EPS: SALUD TOTAL | |
| DIRECCIÓN: CALLE 87 42B 1 155 | | | TELEFONO: 3006311863 |
| PESO: 118 Kg | TALLA: 185 Cm | P.ABDOMINAL: 0 Cm | IMC: 34.48 |

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

## EXAMEN DE PREINGRESO

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION | [ ] | [X] |

## CONCEPTOS GENERALES

| PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. VISUAL [ ] | 2. AUDITIVO [ ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ ] | 7. OTROS [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| REMISIONES SI [X] NO [ ] | ARL SI [ ] NO [X] | EPS SI [X] NO [ ] |

## RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

- SE RECOMIENDA ALIMENTACION CON DIETA SANA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS,
- RECOMENDACIONES DE REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA EN FORMA REGULAR Y AEROBICO DE FORMA REGULAR ENTRE 150-300 MINUTOS POR SEMANA (OMS) PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y MENTENIMIENTO DE PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC).
- SE SUGIERE LA REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. RECORDAR QUE HACEN PARTE DEL AUTOCUIDADO LABORAL
- TENER EN CUENTA LAS MEDIDAS ERGONOMICAS Y DE HIGIENE POSTURAL. RECORDAR QUE HACEN PARTE DEL AUTOCUIDADO LABORAL
- IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOREPORTE
- TENER EN CUENTA EL USO ADECUADO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL ACORDE A LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPÓSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASI COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTÁNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIÓN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGÓ AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRÁ A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRÁN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIÓN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIÓN DE SALUD GOZARÁ DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIÓN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SÓLO SERÁ USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLÍNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ES VERÍDICA Y NO OMITIR NINGÚN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

Dr. Hernán Enrique Rivera Franco
Médico Cirujano
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Hernán Enrique Rivera Franco

HERNAN ENRIQUE RIVERA FRANCO
CC 1129564595
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1129564595
RS. 1129564595

JULIAN ANDRES BARROS GONZALEZ
CC 1140868214
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL BARRANQUILLA

CALLE 70 # 48- 56

Imprimió: HERNAN ENRIQUE RIVERA FRANCO

Fecha de Impresión: 17/07/2025 - 15:56

SOFTWARE: SIIS SIIS v.2.0- Tel: +57 310 4674735

| | 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 | MARIANA PINZON | |
| CARGO | Radiologa | C.C. 52.931 847 |
| 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) | NA |
| 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) | NA |
| 14 | Curso de protección radiológica (Tecnólogos rayos x- médicos radiólogos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | ✓ |
| 15 | Curso Toma de muestras (Auxiliares Laboratorio Clínico)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 16 | Curso en TOMA DE CITOLOGÍAS (Enfermera Consulta Externa)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 17 | Curso de Primeros Auxilios o de Primer Respondiente (Conductores)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 18 | Curso de Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (Auxiliares de Vacunación)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 19 | Curso o Formación Hemodinamia (Operadora) | NA |
| 20 | Curso o Formación en cuidado Intensivo (Profesionales UCI)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 21 | Diplomado Gestión Pre - Trasnfucional (Bacteriologos)(Vigencia mínima: no debe vencer en los próximos 15 dias) | NA |
| 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 | NA |
| 23 | Vacuna Miningococo aplica solamente para profesionales de Bacteriología | NA |
| | **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:** 01/10/2026
**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) | NA |
| 30 | Licencia de Condución (Transporte Asistencial) | NA |
| 31 | Formato Declaración de bienes y rentas (SIGEP)- Régimen de Inhabilidades e Incompatibilidades (Contratistas-Funcionarios) | NA |
| 32 | Certificados de experiencia laboral | ✓ |
| 33 | Foto 3x4 fondo blanco (Aplica para contratación por empresa tercerizadora) | NA |
| 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) | NA |
| 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) | NA |
| 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) | NA |
| 47 | Certificado de formación en toma de imágenes diagnosticas no ionizantes (Aplica solo para Médicos Ginecologos) | NA |
| 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) | NA |
| 52 | Certificado médico de ingreso | ✓ |
| | **OTROS que apliquen según necesidad de contratación** | |
| 53 | Propuesta económica | NA |

**Verificó Contratación**

**Nombre:** Cindy Cárdenas

**Cargo:** Apoyo Contratación

**Fecha:** 01/10/2026

**Firma:** Cindy Cárdenas

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

# Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 1091 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

## Facultad de Medicina

En atención a que

**Angela Mariana Pinzón Silva**

c.c. 52.931.842 Bogotá

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

## Médica y Cirujana

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 17 de Junio de 2005.

Presidente Consejo Superior

Rector

Secretaria

Secretaria General

Decano

Secretaria Académica

Número de Registro 0105 Número de Folio 005

Bogotá D.C. Junio 17 de 2005

90561

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

# Acta de Grado No. 004

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los (17) días de junio de 2005, en el Auditorio Guillermo Ferguson, del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo Número 060 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 170 del (17) de junio de 2005, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Médico y Cirujano

A

ANGELA MARIANA PINZÓN SILVA

Identificado (a) con C.C. número 52.931.842 expedida en Bogotá D.C., como consta en el acta número 004 del libro de actas de grado de la Facultad de MEDICINA

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

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta en Bogotá, D.C. a los (17) días de junio de 2005

Presidente Consejo Superior

Vicerrector

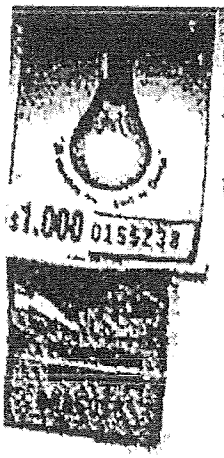
Decano

Rector

Secretario General

Secretario Académico

00438



# REPUBLICA DE COLOMBIA
# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL PUTUMAYO

RESOLUCION No 86- 1081 -2006

( 5 JUL 2006 )

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD en cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 3 de 1994 y,

*CONSIDERANDO*

Que la Doctora ANGELA MARIANA PINZON SILVA, identificada con cédula de ciudadanía número 52.931.842 Expedida en Bogota D.C, ha solicitado el registro de su TITULO de **MEDICA Y CIRUJANA** que le otorgó LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD, de la Ciudad de Bogota D.C, del dia 17 de Junio de 2005.

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIA ANGELINES DE PUERTO LEGUIZAMO, MUNICIPIO DE PUERTO LEGUIZAMO, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, DURANTE EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE EL 24 DE DICIEMBRE DE 2005 HASTA EL 24 DE JUNIO DE 2006.

*RESUELVE*

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a la Doctora ANGELA MARIANA PINZON SILVA, para ejercer la profesión de MEDICA Y CIRUJANA en todo el Territorio Nacional.

*COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE*

Dada en Mocoa a 5 JUL 2006

**DARCED MARINO RINCON POSADA**
Director

Revisó: Jefe R.H.O.

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

# Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 3997 del 1° de Diciembre de 1978 del Ministerio de Educación Nacional

## Facultad de Medicina

En atención a que

**Angela Mariana Pinzón Silva**

C. C. 52934842 de Bogotá

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

**Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas**

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 22 de Agosto de 2014

Folios de Registro 4851 Números de Acta 42 y 43
Bogotá D.C. 27 - Ago. - 2014

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

# Acta de Grado No. 086

*En la ciudad de Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de agosto de 2011, el auditorio Guillermo Ferguson del Hospital de San José, de conformidad con el acuerdo No. 2266 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, se realizó acto solemne para otorgar el título de:*

## *Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas*

*a*

## *Ángela Mariana Pinzón Silva*

*Identificada con cédula de ciudadanía No.52,931,842 de Bogotá D.C., como consta en el acta 086 folio 030 del libro de actas de grado No. 2.*

*Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que la mencionada estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de especialización en Radiología e Imágenes Diagnósticas y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto y determinados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.*

*En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Roberto Jaramillo Uricoechea, Rector Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Sergio Augusto Parra Duarte Decano, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de agosto de dos mil once (2011).*

*Dr. Jorge Alberto Ruiz Ruiz*
*Secretario General*

*Código de Aprobación SNIES, No 3070*

03141

Powered by CamScanner

La salud es de todos Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANGELA MARIANA PINZON SILVA



C.C. 52931842

MEDICO

F. Universitaria de Ciencias de la Salud

Bogotá D.C.

Grado: 17/06/2005

Rethus: 05/07/2006

ESPECIALIZACIÓN EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
86 1081 2006

ANGELA MARIANA PINZON SILVA
C.C. 52931842 BOGOTA
FUND.UN.CIENCIAS BOGOTA
A7680/01 08/08/06

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
86 1081 2006

ANGELA MARIANA PINZON SILVA
C.C. 52931842 BOGOTA
FUND.UN.CIENCIAS BOGOTA
A7680/01 08/08/06

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52931842 | ANGELA | MARIANA | PINZON | SILVA | Vigente | Ver |

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) ANGELA MARIANA PINZON SILVA identificado(a) con CC 52931842 ~~registra~~ La siguiente información:

2026-09-30—12:11:20 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| **ESP** | **Local** | **ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS** | **2011-08-12** | **58480** | **COLEGIO MEDICO COLOMBIANO** |
| **UNV** | **Local** | **MEDICINA** | **2006-07-05** | **1081** | **COLEGIO MEDICO COLOMBIANO** |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Presto SSO** | **Local** | **COLOMBIA\|PUTUMAYO\|PUERTO LEGUÍZAMO** | **2005-12-24** | **2006-06-24** | **Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada** | **Medicina** | **COLEGIO MEDICO COLOMBIANO** |

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

GROUP AVANZAMOS

# CERTIFICA QUE:

## ÁNGELA MARIANA PINZON SILVA

CC: 52.931.842

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO: ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**

**Group Avanzamos SAS, con NIT 901.989.228-5** y matrícula mercantil **N.° 923.579,** certifica que el participante ha culminado satisfactoriamente el proceso formativo correspondiente al Curso Teórico–Práctico.
La actividad se llevó a cabo conforme a los criterios técnicos y pedagógicos establecidos en la **Resolución 3100 de 2019, el Decreto 376 de 2022 y el Decreto 1075 de 2015,** garantizando el cumplimiento de los estándares aplicables en el ámbito de la salud.
Se certifica la participación en un programa de formación continua con una duración total de **10 horas** académicas.
La presente constancia tendrá una vigencia de dos **(2)** años contados desde la fecha de emisión.
Se expide en Tunja, Boyacá, el **3** del mes de **septiembre** del año **2026** , como respaldo formal de la participación mencionada.

**EISA NAMMUR**
Representante Legal

Dr. Roy Barbosa
Médico
CC. 72.281.310
Univ. Simón Bolívar

**DR. ROY BARBOSA**
Coordinador médico

Para verificar la autenticidad de este certificado, comuníquese con nosotros al número 315 9159797 o escanee el código QR.
www.groupavanzamos.com

Código de verificación: CA-6740b865d3f6d58b58

GROUP AVANZAMOS

# CERTIFICA QUE:

## ÁNGELA MARIANA PINZON SILVA

CC: 52.931.842

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

**Group Avanzamos SAS, con NIT 901.989.228-5** y matrícula mercantil **N.° 923.579,** certifica que el participante ha culminado satisfactoriamente el proceso formativo correspondiente al Curso Teórico–Práctico.
La actividad se llevó a cabo conforme a los criterios técnicos y pedagógicos establecidos en la **Resolución 3100 de 2019, el Decreto 376 de 2022 y el Decreto 1075 de 2015,** garantizando el cumplimiento de los estándares aplicables en el ámbito de la salud.
Se certifica la participación en un programa de formación continua con una duración total de **40 horas** académicas.
La presente constancia tendrá una vigencia de dos **(2)** años contados desde la fecha de emisión.
Se expide en Tunja, Boyacá, el 3 del mes de **septiembre** del año **2026**, como respaldo formal de la participación mencionada.

Código de verificación: QA-64a12fef7191810d3

**EISA NAMMUR**
Representante Legal

Dr. Roy Barbosa
Médico
Cc. 72.261.319
Univ. Simón Bolívar

**DR. ROY BARBOSA**
Coordinador médico

Para verificar la autenticidad de este certificado, comuníquese con nosotros al número 315 9159797 o escanee el código QR.
**www.groupavanzamos.com**

GROUP AVANZAMOS

# CERTIFICA QUE:

## ÁNGELA MARIANA PINZON SILVA

CC: 52.931.842

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO: GESTIÓN DEL DUELO**

Código de verificación: GA-e5fdac7a95a3a757

**Group Avanzamos SAS, con NIT 901.989.228-5** y matrícula mercantil **N.° 923.579,** certifica que el participante ha culminado satisfactoriamente el proceso formativo correspondiente al Curso Teórico–Práctico.
La actividad se llevó a cabo conforme a los criterios técnicos y pedagógicos establecidos en la **Resolución 3100 de 2019, el Decreto 376 de 2022 y el Decreto 1075 de 2015,** garantizando el cumplimiento de los estándares aplicables en el ámbito de la salud.
Se certifica la participación en un programa de formación continua con una duración total de **8 horas** académicas.
La presente constancia tendrá una vigencia de dos **(2)** años contados desde la fecha de emisión.
Se expide en Tunja, Boyacá, el 3 del mes de **septiembre** del año **2026** , como respaldo formal de la participación mencionada.

**EISA NAMMUR**
Representante Legal

Dr. Roy Barbosa
Médico
CC. 72.287.910
Universidad Simón Bolívar

**DR. ROY BARBOSA**
Coordinador médico

Para verificar la autenticidad de este certificado, comuníquese con nosotros al número 315 9159797 o escanee el código QR.
**www.groupavanzamos.com**

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

# Certieducación

**Modelo Recursivo Formacional MORFO**
**Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5**

Bajo el Código Único Interno RD68P79ZGA, constamos que

## Angela Mariana Pinzon Silva

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 52931842

Participó y finalizó el programa Básico de

## Cuidados Paliativos y Control del Dolor

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 30 de Septiembre de 2026

CUI: RD68P79ZGA

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 10100123B4

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Angela Mariana Pinzon Silva*

## *CC 52931842 de Bogota D.C.*

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-03
Fecha de vencimiento: 2028-09-03

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6

VERIFICA AUTENTICIDAD

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA.

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS · GLEM · 2023

CERTIFICA QUE:

**ANGELA MARIANA PINZON SILVA**

**CC 52.931.842**

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

# "SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)"
# "REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 2025.
DURACIÓN 20 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACIÓN 2025
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR) PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS. RESOLUCIÓN 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2010, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Crue Mag*

**AMAURY JULIO**
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LIDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

**DR CARLOS CARDONA S.**
DIRECTOR CIENTIFICO
DR. CARLOS CARDONA (SANMIGUEL)
MÉDICO ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRÍTICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA
ENTRENADOR OFICIAL ACLS Y DIPLOMADOS DE UCI

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

**DR RICARDO LEON SANCHEZ C.**
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION -NOVIEMBRE 2027

@grupolatinodeemergencias | Grupo Latinoamericano de Emergencias | cursosglem@gmail.com

Línea nacional 310 745 1759

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

# GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6

VERIFICA AUTENTICIDAD

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA.

CERTIFICA QUE:

## ANGELA MARIANA PINZON SILVA

## CC 52.931.842

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

# "SOPORTE VITAL AVANZADO SVA (ACLS)"

# "REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 2025.

DURACIÓN 48 HORAS

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACIÓN 2025

SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR) PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

RESOLUCIÓN 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Crue Mag*

**AMAURY JULIO**
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

**DR CARLOS CARDONA S.**
DIRECTOR CIENTÍFICO
DR. CARLOS CARDONA SANMIGUEL
MÉDICO ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA Y CRÍTICA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA
ENTRENADOR OFICIAL ACLS Y DIPLOMADO DE UCI

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS GLEM

**DR RICARDO LEON SANCHEZ C.**
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION: NOVIEMBRE 2027

@grupolatinodeemergencias | Grupo Latinoamericano de Emergencias | cursosglem@gmail.com

Línea nacional 310 745 1759

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

GROUP AVANZAMOS

# CERTIFICA QUE:

## ÁNGELA MARIANA PINZON SILVA

CC: 52.931.842

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO: HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Group Avanzamos SAS, con NIT 901.989.228-5** y matrícula mercantil **N.° 923.579,** certifica que el participante ha culminado satisfactoriamente el proceso formativo correspondiente al Curso Teórico–Práctico.
La actividad se llevó a cabo conforme a los criterios técnicos y pedagógicos establecidos en la **Resolución 3100 de 2019, el Decreto 376 de 2022 y el Decreto 1075 de 2015,** garantizando el cumplimiento de los estándares aplicables en el ámbito de la salud.
Se certifica la participación en un programa de formación continua con una duración total de **40 horas** académicas.
La presente constancia tendrá una vigencia de dos **(2)** años contados desde la fecha de emisión.
Se expide en Tunja, Boyacá, el **3** del mes de **septiembre** del año **2026** , como respaldo formal de la participación mencionada.

**EISA NAMMUR**
Representante Legal

**DR. ROY BARBOSA**
Coordinador médico

Para verificar la autenticidad de este certificado, comuníquese con nosotros al número 315 9159797 o escanee el código QR.
www.groupavanzamos.com

Código de verificación: 04-695adbd2748f1561

"CELAPH COLOMBIA"
Centro de entrenamiento latinoamericano
en APH

CELAPH
COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO LATINOAMERICANO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
NIT No 901411057-1 / En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE CERTIFICADO A:

# ANGELA MARIANA PINZON SILVA

Identificado con C.C. N°. 52.931.842

Curso y aprobó el curso en:

## SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

DURACIÓN: 120 HORAS

Realizado con: CELPAH COLOMBIA S.A.S

Dado el 20 de Enero de 2025
válido hasta 24 meses

Erika L. Rondon Mendoza
Directora Académico

Gerzain A. Arguello León
Representante Legal

CDA/02001025

En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: www.celaphcolombia.com

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# ANGELA MARIANA PINZON SILVA

C.C 52.931.842

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 21 de noviembre 2025

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 76998162000

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 |
|---|---|---|
| PINZON | SILVA | ANGELA MARIANA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.931.842

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 20 MES 01 AÑO 1981

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 24 # 40 -55

PAÍS: Colombia DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 3187350350 EMAIL: Marianitapin30@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 EN SALUD Y NUTRICION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 1999 |

**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 | | Médico Cirujana | 07 | 2005 | 52931842 |
| ES | 8 | X | | ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS. | 08 | 2011 | 52931842 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| IMÁGENES DIAGNOSTICAS SAS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOYACA | TUNJA | IMÁDISERMAJERODX@GMAIL.COM |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3138710173 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2024 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | RADIOLOGIA | HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| NEDIAGNOSTICA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOYACA | TUNJA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6017616070 - 3188895873 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2019 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | RADIOLOGIA | CALLE 37#6-28 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CLINICA REINA SOFIA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOYACA | TUNJA | msder@clsasofia.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 16252111 | DÍA 26 MES 10 AÑO 2022 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO RADIOLOGO | RADIOLOGIA | HOSPITAL METROPOLITANO TUNJA |

**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* | 10 | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 14 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 14 | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 14 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* *Chiquinquirá el 11 de septiembre del 2026*

MARIA LOPEZ

*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 52931842

PINZON SILVA
APELLIDOS

ANGELA MARIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1981

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

21-DIC-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500116-45090811-F-0052931842-20010601 00262 01152A 02 099634124

IMAGENES DIAGNOSTICAS

IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S

**Nit:** 901.233.513-5

CERTIFICA QUE:

Que la doctora **ANGELA MARIANA PINZON SILVA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 52931842 de Bogotá presta sus servicios profesionales como Médico Especialista en Radiología e Intervencionismo del servicio **RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS** del Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el periodo de 01 de marzo de 2023 hasta la fecha, en cumplimiento de las obligaciones contractuales adquiridas y ejecutadas.

La presente certificación laboral se expide a los veinte (20) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024) a solicitud del interesado para fines pertinentes a la actividad laboral.

Cordialmente

JULIETH MORENO
**Gerente Administrativa**

IMAGENES DIAGNOSTICAS

**IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S**

**Nit: 901.233.513-5**

**CERTIFICA QUE:**

Que la doctora **ANGELA MARIANA PINZON SILVA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 52.931.842 de Bogotá presta el servicio de **RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS** del Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el periodo de 01 de Enero de 2024 hasta la fecha, en cumplimiento de las obligaciones contractuales adquiridas y ejecutadas.

La presente certificación laboral se expide a los doce (08) días del mes de Julio de dos mil veinticinco (2025) a solicitud del interesado para fines pertinentes a la actividad laboral.

Cordialmente

JULIETH MORENO
Gerente Administrativa

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983265167

(415)7707212489984(8020) 000001498326516 7

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

## IDENTIFICACIÓN

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

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PINZON | SILVA | ANGELA | MARIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 3 39 41

42. Correo electrónico: marianitapin30@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 9 6 6 7 6 7 | 3 1 8 7 3 5 0 3 5 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 2 4 | | | | | | | |

## 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 1 6 | 2 2 | 4 7 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16- Obligación facturar por ingresos bienes

22- Obligado a cumplir deberes formales a

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

52 - Facturador electrónico

| 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 PINZON SILVA ANGELA MARIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14983265167

(415)7707212489984(8020) 000001498326516 7

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

## 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 | | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | | |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | | |
| 79. Ciudad/Municipio | | |
| 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

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 1 6 | 2 0 2 4 0 2 2 0 | | |
| 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

European Board of Neuroradiology

# CERTIFICATE

This is to certify that Ángela Pinzón participated in the examination of the European Society of Neuroradiology — Diagnostic and Interventional, and passed, as described below.

ECPNR - LATAM

**12/10/2017 : European Course on Pediatric Neuroradiology in Latin America, 1st Edition (Module 1/2)**

Score **PASSED**

E. Turgut Tali

CEO EBNR

Àlex Rovira

ESNR President

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: PINZON SILVA ANGELA MARIANA | Identificación: 52931842 | Nro. Servicio: 20997912 | No. Paciente: 24112 |
| Sexo/Edad: FEMENINO / 44 Años | Teléfono: (6)2613584 | Tipo servicio: | |
| Médico: LABORATORIO CARVAJAL E | Fecha servicio: 01/02/2025 | Fecha impresión: 14/02/2025 12:54 PM | |
| Empresa: LABORATORIO CLINICO CARVAJAL S.A.S | | Habitación: 410124284 | |

## VARICELA ZOSTER Ig G- MEDICION DE ACS.

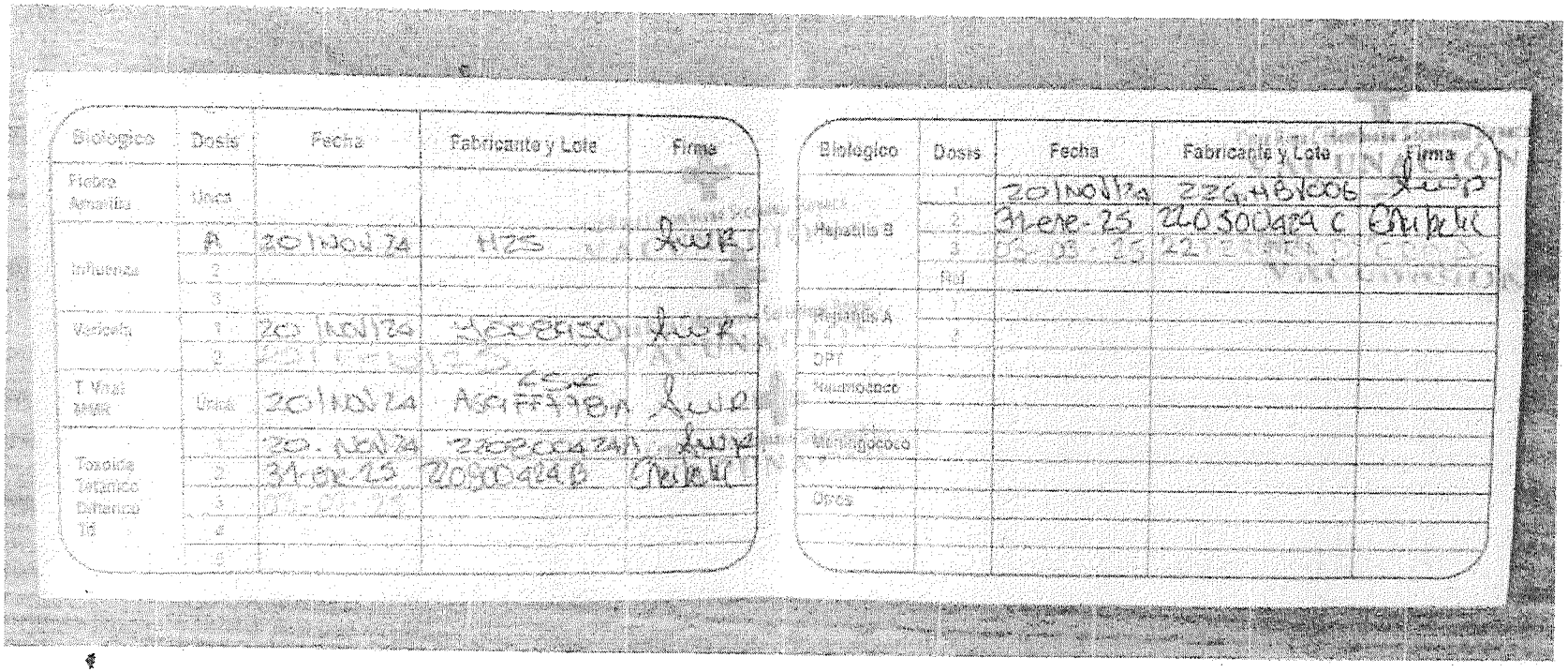
Validado: 04/02/2025 11:45 AM

| Análisis | Resultado | Valores de Referencia | | Unidad |
|---|---|---|---|---|
| Varicela Zóster IgG<br>Método: Quimioluminiscencia (CLIA)<br>Notas : Interpretación:<br>Negativo: <150 mUI/mL<br>Indeterminado: 150-175 mUI/mL<br>Positivo: >175 mUI/mL<br>Para la determinación cuantitativa de los Anticuerpos específicos de clase IgG dirigidos contra el virus Varicela-Zoster (VZV).<br>Dichos Anticuerpos se producen al cabo de unas semanas de la infección inicial y proporcionan protección a largo término. Los niveles de IgG aumentan durante la infección activa y se estabilizan cuando la infección se resuelve y el virus pasa a ser inactivo. | > 3257.0 | 0 | 150 | mUI/mL |

OBSERVACIONES: Correlacionar resultados frente a los hallazgos clínicos, nutrición y terapéutica del paciente

Yeraldin Vargas P.

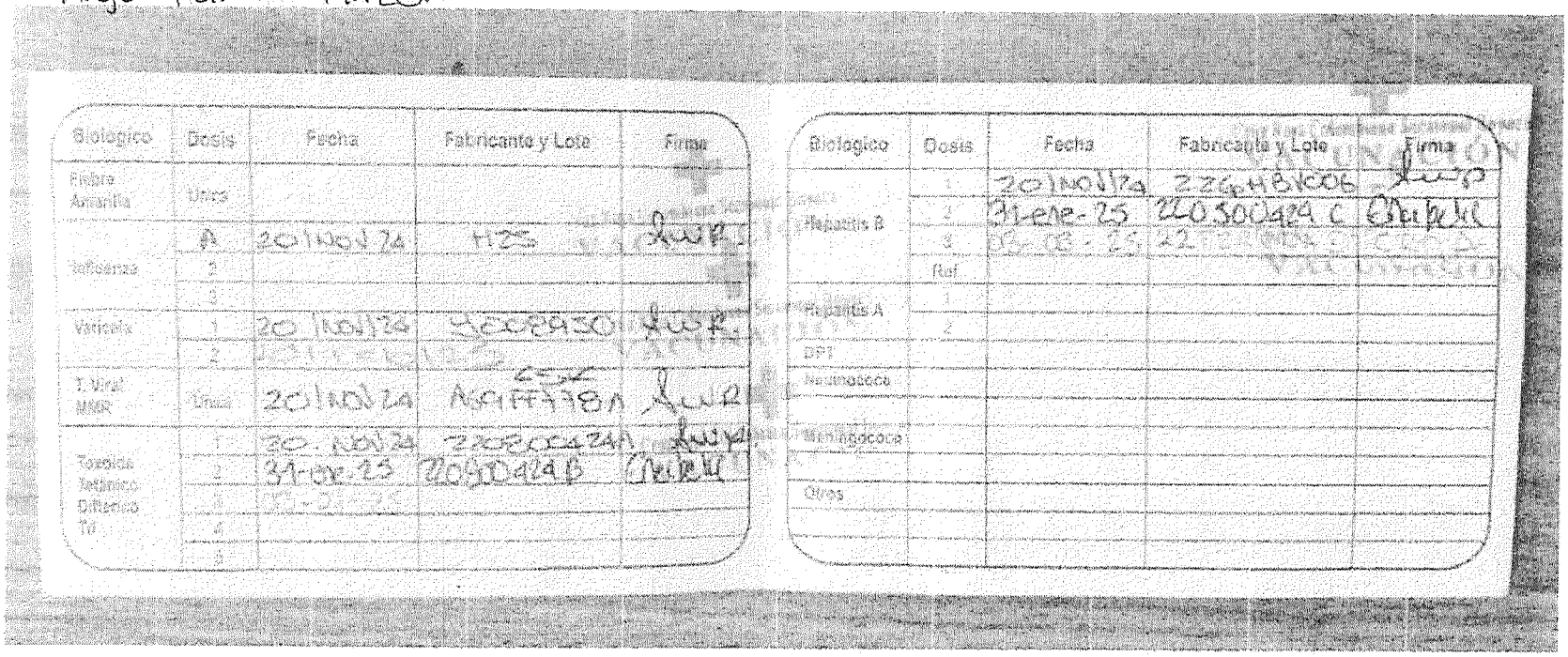
BACTERIOLOGA
YERALDIN VARGAS PULGARIN
REG. 1128478344



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Influenza | A | 20/NOV/24 | H2S | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Varicela | 1 | 20/NOV/24 | [illegible] | |
| | 2 | | | |
| T. Viral MMR | Única | 20/NOV/24 | [illegible] | |
| Toxoide Tetánico Diftérico TD | 1 | 20. NOV 24 | [illegible] | |
| | 2 | 31-ene-25 | 220300429 B | |
| | 3 | [illegible] | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 20/NOV/24 | 226HB1006 | |
| | 2 | 31-ene-25 | 220300429 C | |
| | 3 | [illegible] | [illegible] | |
| | Ref | | | |
| Hepatitis A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| DPT | | | | |
| Neumococo | | | | |
| | | | | |
| Meningococo | | | | |
| | | | | |
| Otros | | | | |
| | | | | |

Angela Marrona Pinzón



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Influenza | A | 20/NOV/24 | H25 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Varicela | 1 | 20/NOV/24 | 5CC289301 | |
| | 2 | | | |
| T. Viral MMR | Unica | 20/NOV/24 | 25C<br>AA1FF378A | |
| Toxoide Tetánico Diftérico TD | 1 | 20-NOV-24 | 2202CC4Z4A | |
| | 2 | 31-OX-23 | 20430429B | |
| | 3 | [illegible] | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 20/NOV/24 | 226HBV006 | |
| | 2 | 31-ene-25 | 2403004294 C | |
| | 3 | [illegible] | [illegible] | |
| | Ref | | | |
| Hepatitis A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| DPT | | | | |
| Neumococo | | | | |
| | | | | |
| Meningococo | | | | |
| | | | | |
| Otros | | | | |
| | | | | |

Carvajal Laboratorios ips
-Cuidá bien de ti-
NIT. 900152996-7

AUTENTICIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | ANGELA MARIANA PINZON SILVA | **Médico:** | MEDICOS VARIOS |
| **Identificación:** | 52931842 | **Nº Autorización:** | |
| **Edad/Sexo:** | 43 / F | **C.Costo:** | LABORATORIO CLINICO |
| **Teléfonos:** | 3187350350 | **Fecha Registro:** | 30/12/2024 |
| **Dirección:** | TUNJA - BOYACA | **Fecha Toma Muestra:** | 30/12/2024 |
| **Entidad:** | PARTICULARES | **Fecha Impresión:** | 14/02/2025 16:00:08 |

| ANÁLISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|

## INMUNOLOGIA

**Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INTERPRETACIÓN: | NEGATIVO | | |
| Resultado: | 7.9 | mUI/ml | |

Tipo de Muestra: Suero
Metodología:Quimioluminiscencia
Instrumento: Vitros 5600 Integrated Systems
NEGATIVO: Menor de 8 mUI/ml
DUDOSO: Entre 8-12 mUI/ml
POSITIVO: Mayor de 12 mUI/ml
Observaciones

Fecha / hora validado: 31/01/2025 17:07

Tatiana Avila V.

ANGIE TATIANA AVILA VARGAS
BACTERIOLOGA
1053343920

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angela Mariana
Apellidos: Pinzon Silva.
Documento de identidad: C.C. Pasaporte NIP otro cual
No. 52981842
Fecha de nacimiento: día 20 mes 01 año 1981

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | Vacunador | Nombre vacunador | Cédula de vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 12-01-2021 | Pfizer | EN7766 | Eje Santiago de Tunja | Ana Oliva Hueno | 40028109 |
| | 2 | 2-02-2021 | Pfizer | EN7766 | ESE Santiago de Tunja | Adriana Sierra | 53366713 |
| | R | 28 DIC 2021 | AstraZeneca | 1AH0224 | Samaca | Diboski Gonzalez | 1047181482 |

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Angela Mariana
Apellidos: Pinzon Silva
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 52981842
Fecha de nacimiento: día 20 Mes 01 Año 1981

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Coxsackie | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | U | 21-6-16 | N3B56 YA | Diego |
| | U | 6-01-20 | 503027 | |
| Virus del Papiloma Humano | | | | |
| Varicela | U | 31-9-20 | Tool490 | |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angela Mariana

Apellidos: Pinzon Silva.

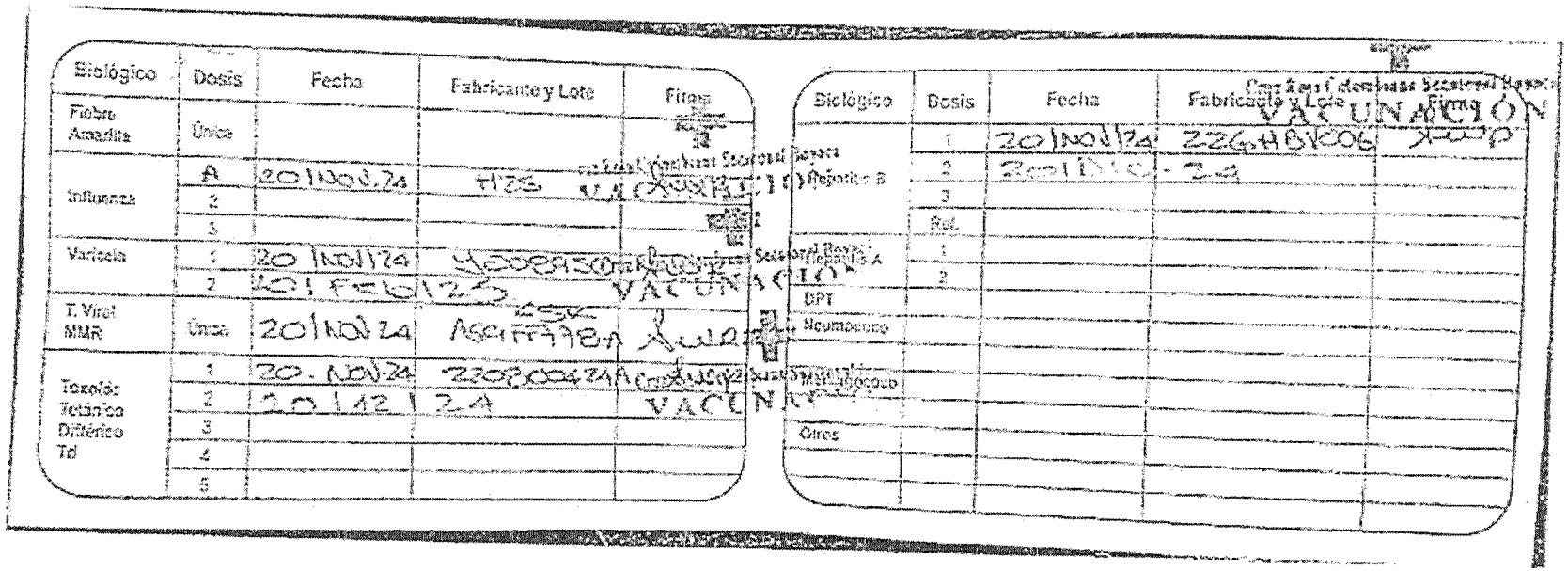
Documento de identidad: C.C. Nacional: TI: CE: PEP: otro: Cual:

No 52931842.

Fecha de vacunación: Día 20 Mes 04 Año 2021

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Nombre, cargo y firma de quien aplicó |
|---|---|---|---|---|
| Sinovac | 1 | 23 03 21 | [illegible] | [illegible] |
| Pfizer Amarilla | Única | 10-07-2021 | [illegible] | [illegible] |
| | 1 | 9-12-2021 | [illegible] | [illegible] |
| Moderna Naranja - Johnson & Johnson (J&J) | 2 | 10-01-2021 | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | 30-07-2021 | [illegible] | [illegible] |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Viral vector | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Nombre, cargo y firma de quien aplicó |
|---|---|---|---|---|
| Sinovac | 1 | 16/12/2020 | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | 16/01/2021 | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | 16/02/2021 | [illegible] | [illegible] |
| Pfizer Amarilla | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Johnson & Johnson (J&J) | Única | 9-12-2021 | T3A05 | [illegible] |
| Otra | [illegible] | 10-01-2021 | [illegible] | [illegible] |



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Influenza | A | 20/NOV/24 | FI25 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Varicela | 1 | 20/NOV/24 | | |
| | 2 | 20/FEB/25 | | |
| T. Viral SRP | Única | 20/NOV/24 | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 20-NOV-24 | | |
| | 2 | 20/12/24 | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 20/NOV/24 | 226HBVC06 | |
| | 2 | 20/DIC | -24 | |
| | 3 | | | |
| | Ref. | | | |
| Hepatitis A | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| DPT | | | | |
| Neumococo | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otros | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 jueves 03 de septiembre de 2026, a las 10:20:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 53931842 |
| Código de Verificación | 53931842260903102041 |

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. 302312283

PIB
10:28:11


Bogotá DC, 03 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) ANGELA MARIANA PINZON SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52931842:

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 10:14:10 AM horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **53931842**

Apellidos y Nombres: **MENDEZ GARCIA SANDRA YAMILE**

**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

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, 03/09/2026 10:27:51 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52931842** y Nombre: **ANGELA MARIANA PINZON SILVA.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **146943088** . 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

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 52931842 **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 01/10/2026 03:15 PM

Código Verificación: **GSQVBH1NE3**

Válida hasta: **01/01/2027**

---

**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 10:29:26 horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52931842,** Apellidos y Nombres **PINZON SILVA ANGELA MARIANA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **MARIANA PINZON**, con NIT **529318420-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C5293184200351409**
**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) **ANGELA MARIANA PINZON SILVA**, identificado(a) con C.C. No. 52931842 y T.P. o R.M. No. 52931842 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 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 01 octubre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA 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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52931842 | ANGELA MARIANA PINZON SILVA | carrera 24 # 40 - 55 | 00000000 | marianitapin30@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94521843 | 14/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $5.123.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 1.750.000 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 6.600 | 0 | 1.756.600 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 2.240.000 | 0 | 0 | 70.000 | 70.000 | 5 | 8.400 | 600 | 2.389.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 974.400 | | | | 974.400 | 5 | 3.700 | 978.100 | | | 9.744 | 978.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 1.750.000 | 1.756.600 |
| Pensión | 1 | 2.380.000 | 2.389.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 974.400 | 978.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 5.104.400 | 5.123.700 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



**DATOS DEL APORTANTE**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52931842 | ANGELA MARIANA PINZON SILVA | | carrera 24 # 40 - 55 | 00000000 | marianitapin30@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTA D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

**DATOS DE LA PLANILLA**

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 94621843 | 14/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $5.123.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Archivo | Extranjero | Datos anteriores | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario AFPdado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 52931842 | PINZON SILVA ANGELA MARIANA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 14.000.000 | 30 | 2.240.000 | 0 | 0 | 70.000 | 70.000 | EPS005 | 14.000.000 | 30 | 1.750.000 | 14-23 | 14.000.000 | 30 | 5 | 974.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 52931842 |
| NOMBRES | ANGELA MARIANA |
| APELLIDOS | PINZON SILVA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOYACA |
| MUNICIPIO | TUNJA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/06/2018 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 08/22/2025 07:00:15 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación,**

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGELA MARIANA PINZON SILVA identificado(a) con C.C No. 52.931.842, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 20 de noviembre del 2024.

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.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

CRISTIAN F. HEREDIA ALBA
MEDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL
RM. 15367/2013
LIC. S.O. 1958 /2015

09 de julio de 2025

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES** | | **ANGELA MARIANA PINZON SILVA** | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | C.C 52.931.842 | | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | | 20 de enero de 1981 | | | | |
| **EDAD** | | 44 AÑOS | | | | |
| **EPS** | | SANITAS | | | | |
| **EMPRESA** | | RIMAB | | | | |
| **CARGO A OCUPAR** | | **MÉDICA RADIÓLOGA** | | | | |
| **TALLA** | 1.58 mts | **PESO** | 54 kg | **IMC** | 21.6 | |
| **ANTEC.DE IMPORTANCIA** | | NO | | | | |
| **ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | | 1. SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES ACTUALES | | | | |
| **APOYO VISUAL** | | 1. AMETROPIA CON CORRECCION ADECUADA (H521, H522) | | | | |
| **DIAGNOSTICOS** | | 1. OSTEOMUSCULAR SANA ACTUALMENTE<br>2. IMC 21.6 PESO SALUDABLE<br>3. H521, H522 | | | | |
| **CALIFICACIÓN** | | **INGRESO: PUEDE REALIZAR LABORES DEL CARGO SIN RESTRICCIONES** | | | | |
| **RECOMENDACIONES** | | 1. ALIMENTACION BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS<br>2. EJERCICIO 2-3 VECES A LA SEMANA<br>3. HIGIENE POSTURAL<br>4. USO DE EPP<br>5. PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES<br>6. USO DE LENTES FORMULADOS | | | | |
| **RESTRICCIONES** | | NINGUNA | | | | |

Cristian F. Heredia Alba
MED. GENERAL RM. 15367/13
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. 1958/15

HEREDIA ALBA

CRISTIAN FERNEY

MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
RM. 15367/2013
LIC. S.O. 1958 /2015

Dr.CristianHeredia
mdheredia23@gmail.com
Cel.: 314-3013578
Centro cívico y Comercial Plaza Real oficina 240