Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 14:40:58 | ANDRES FELIPE ROM...

Datos | Inicio

Directorio SECOP

Crear proponente plural | Invitar Proveedo

1 resultado (s) Ordenar por: Nombre

Pedir recomendaciones

No hay recomendaciones

Compradores

ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ

0 Recomendación (es)

Proveedores sugeridos

País

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos | Incumplimientos

Compradores

Proveedores

ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Número de documento:1079182016

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Indicadores de neg

Clasificación:

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 0

Últimas ofertas envia

Última selecciónSin d

Última actualización:11

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ
Nombre abreviado: ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1079182016
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena
Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ
Identificación: 1079182016
Nacionalidad: COLOMBIANO
Domicilio: Mz 7 Casa 24 Urb. Acodis
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Recomendaciones

No hay recomendacio

Últimas noticias

No hay noticias

Santa marta, 13 Septiembre de 2026

Doctor
HAROLDO JOSE PIZARRO NAY
Gerente
E.S.E. Alejandro Prospero Reverend
Santa Marta – Magdalena

ASUNTO: OFERTA DE SERVICIOS

Muy respetuosamente me permito ofrecer mis servicios de manera directa como **AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS**, manifestando de antemano que me comprometo a cumplir a cabalidad con las obligaciones específicas que me sean asignadas, las normas y políticas institucionales vigentes; de igual forma manifiesto acogerme a las condiciones del tipo de contratación, plazo y forma de pago designada por la entidad.

Por lo anterior presento mi respectiva hoja de vida adjunta a esta propuesta para su revisión y consideración

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,



ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ
C.C. No. 1.079.182.016 de Campoalegre

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
Romero	Perez	Andres Felipe

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1079182016	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES 06 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 45B 21C 25 MZ 7 CASA 24 ACODIS

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3115370379 EMAIL ferope7@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
CETECOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1666	X		AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	12	2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS CENTRO DE SALUD						*DIRECCIÓN* Av Libertador N° 25-67					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS CENTRO DE SALUD						*DIRECCIÓN* Av Libertador N° 25-67					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3046381448	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR MESERO	*DEPENDENCIA* BAR - RESTAURANTE					*DIRECCIÓN* CALLE 11D 22 80 OLIVO						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

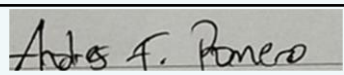
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 **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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, magdalena 13 Septiembre de 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

Tipo de declaraciónPUBLICACIÓN

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)

INGRESO

Fecha de publicación 2026-04-09 20:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDRES	FELIPE	ROMERO	PEREZ

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1079182016

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

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: ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

Dirección: ["Av Libertador N° 25-67"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	4.386.666,00
,Otros ingresos y rentas	
TOTAL	4.386.666,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$6.500,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

▸ Para consultar las declaraciones de una persona específica (declarante)

▸ Para consultar las declaraciones por periodo

¿Qué información encontraré en los resultados?

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Primer nombre	ANDRES
Segundo nombre	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Número de documento de identidad	1079182016
Nombre entidad	(Opcional)
Fecha de publicación	dd/mm/yyyy hasta dd/mm/yyyy

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ CEDULA DE CIUDADANIA - 1079182016	Declaración Ley 2013 de 2019	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	**3727555-02** Corrección de 3727555-01	2026-04-11 14:50	FINALIZADO
ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ CEDULA DE CIUDADANIA - 1079182016	Declaración Ley 2013 de 2019	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	3727555-01 Declaración inicial	2026-04-09 20:55	FINALIZADO


FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1994
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
29-JUN-2012 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-1902200-01013683-M-1079182016-20180608
0061510614A 1
9904569339


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.079.182.016
ROMERO PEREZ
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES
Andres Romero
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA

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

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079182016, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	ANDRES
Segundo Nombre:	FELIPE
Primer Apellido:	ROMERO
Segundo Apellido:	PEREZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1079182016
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	Registrado

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 14 días del mes de Septiembre de 2026, a las 10:25:37 AM.

Cordialmente,

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

Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141245259023

(415)7707212489984(8020) 000014124525902 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 9 1 8 2 0 1 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Campoalegre 1 3 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	PEREZ	ANDRES	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CR 13 48 40 BRR PASTRANA

42. Correo electrónico: TESTIMONIOELIAS144MIL@GMAIL.COM

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 13 de Septiembre de 2026

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	Andres Romero
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	**ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1.079.182.016

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ**, identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA No.1.079.182.016**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

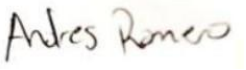
Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el **13** de **Septiembre** de **2026**

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	**ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	1.079.182.016

Vigilado Supersalud

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 1079182016 **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 13/09/2026 03:30 PM

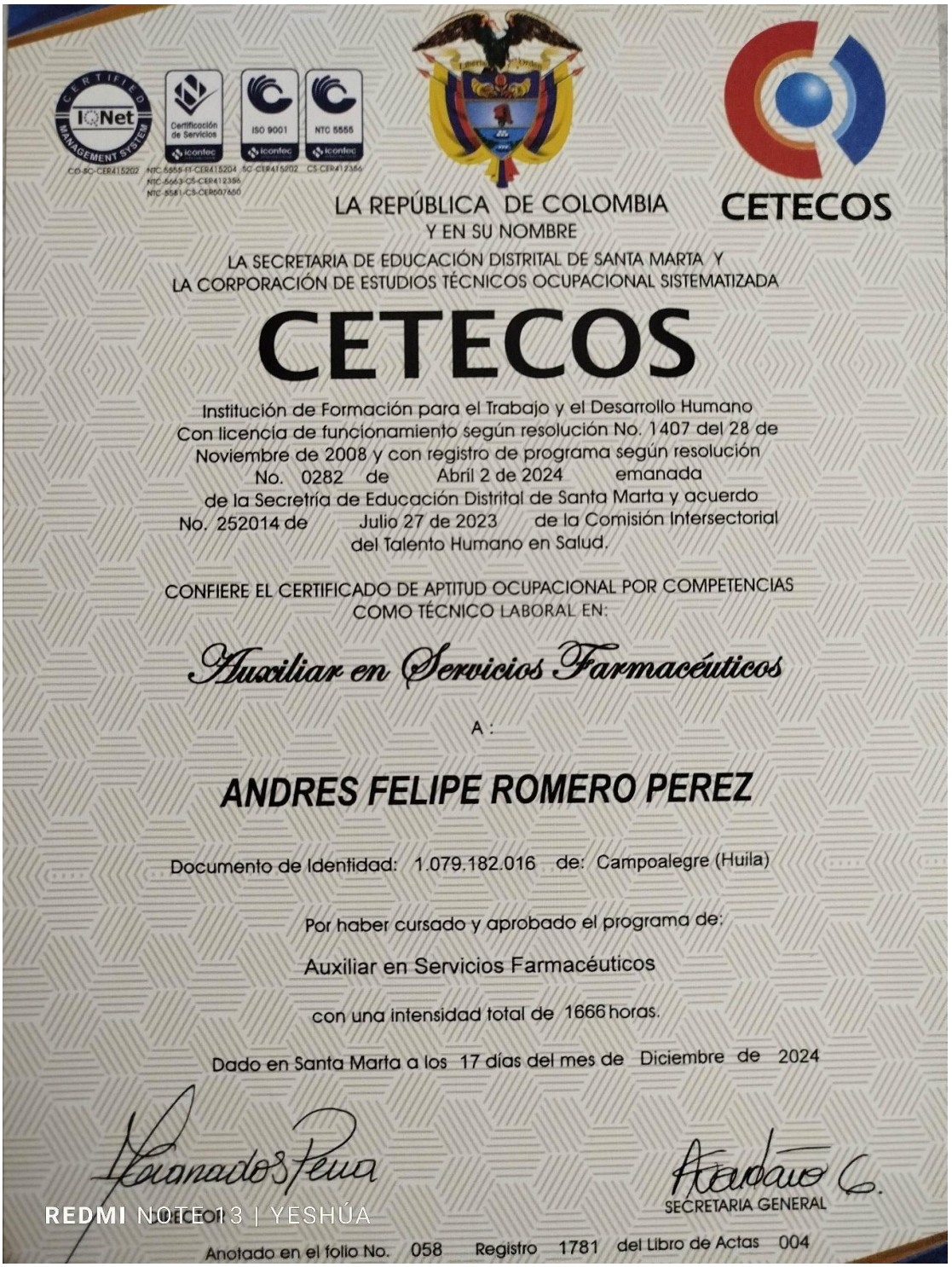
Código Verificación: **E2STB9NZ75**

Válida hasta: **13/12/2026**

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

CETECOS

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución No. 0282 de Abril 2 de 2024 emanada de la Secretría de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo No. 252014 de Julio 27 de 2023 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
COMO TÉCNICO LABORAL EN:

Auxiliar en Servicios Farmacéuticos

A :

ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ

Documento de Identidad: 1.079.182.016 de: Campoalegre (Huila)

Por haber cursado y aprobado el programa de:

Auxiliar en Servicios Farmacéuticos

con una intensidad total de 1666 horas.

Dado en Santa Marta a los 17 días del mes de Diciembre de 2024

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 058 Registro 1781 del Libro de Actas 004

REDMI NOTE 13 | YESHÚA

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 1781

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 3:00 p.m. del día 17 de Diciembre de 2024, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Servicios Farmacéuticos

A:

ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ

Doc. Identidad: 1.079.182.016, Expedido en: Campoalegre (Huila)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas:1666

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 058 del Libro de Actas No. 004.

RECTORA
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

REDMI NOTE 13 | YESHÚA



La República de Colombia y en su nombre

El

Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas

De Santa Marta – Magdalena

Aprobación Según Resolución No. 1610 DE 07 DE DICIEMBRE DE 2012

De la Secretaría de Educación Distrito

CONFIERE A:

ROMERO PEREZ ANDRES FELIPE

C.C., 1.079.182.016 de santa marta - magdalena

El Título de

BACHILLER

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
Al Nivel de Educación Media Vocacional
Según los planes y programas vigentes
Del decreto 3011 de 19 de Diciembre de 1997 y
Según Decreto 1290 del 16 de Abril del 2009

Firmado por:

Rector (a)

Secretario

Este Diploma es del Libro 002 del Folio 061 y acta 041 con
07 días del mes NOVIEMBRE del 2012

Es fiel copia del Diploma orinal. Dado en Santa Marta a los 07 días del mes de NOVIEMBRE del 2012

REDMI NOTE 13 | YESHUA

Gobernación del
MAGDALENA

RESOLUCIÓN No. 47.0081 DE 14 ENE 2025

"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de octubre de 2007 y el Decreto 4192 de noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.079.182.016, expedida en Campoalegre, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS, con Acta de Certificados No.1781 de 17 de diciembre de 2024.

Que con la solicitud el(la) señor(a) **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor(a) **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.079.182.016, expedida en Campoalegre, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 14 ENE 2025

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó Y Revisó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.

REDMI NOTE 13 | YESHÚA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1079182016

Primer Nombre

andres

Primer Apellido

romero

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9496

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-09-13→10:49:38 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1079182016	ANDRES	FELIPE	ROMERO	PEREZ	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) ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ identificado(a) con CC 1079182016 registra La siguiente información:

2026-09-13→10:49:38 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2025-01-14	81	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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)

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Andres Felipe Romero Perez

CC 1079182016 de Campoalegre, Huila

Realizó y aprobó el Curso Abordaje Integral a Víctimas de Violencia Sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS con un total de 80 Horas.

Verificación:

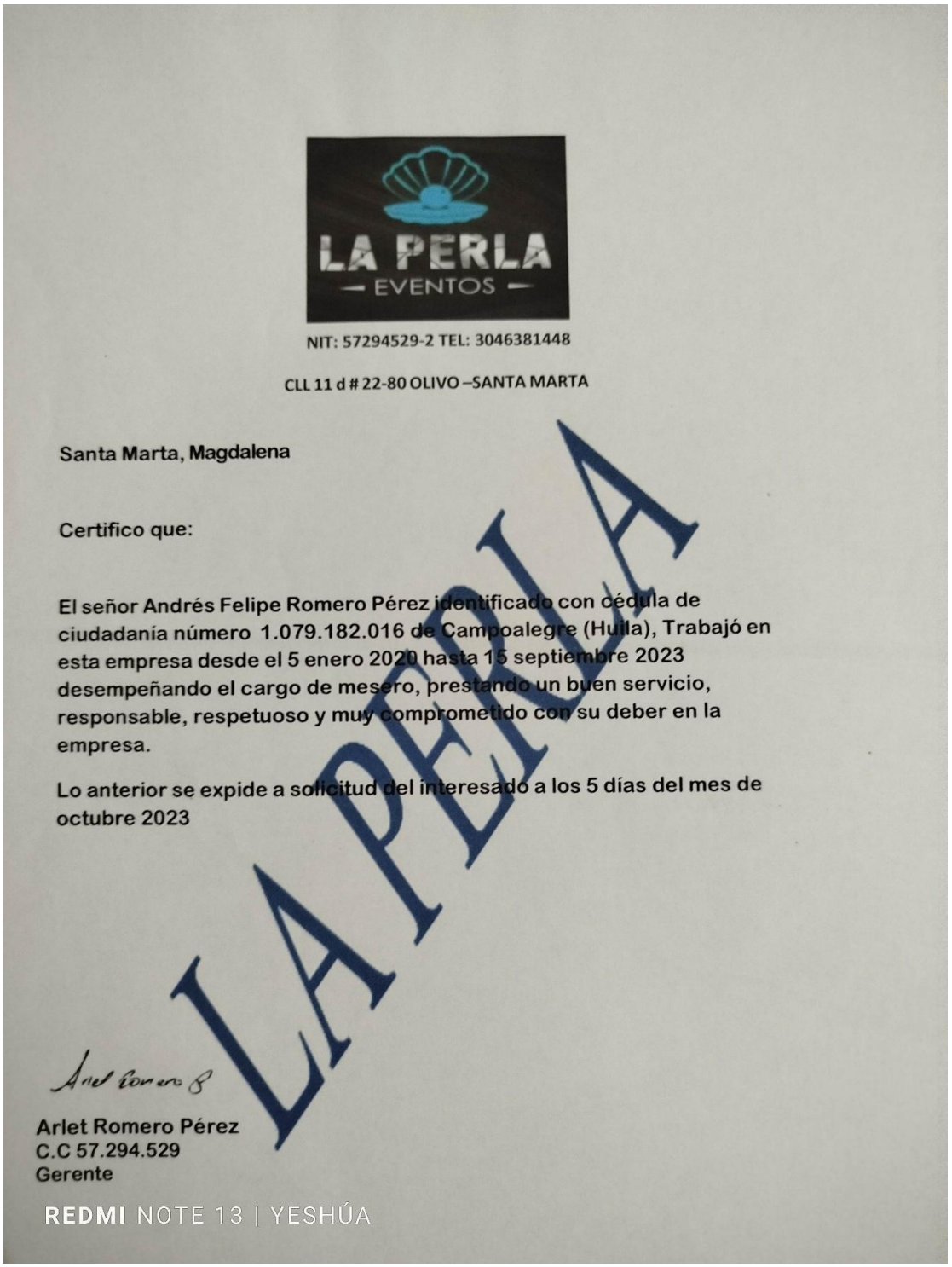
Fecha de emisión: 2025-11-10
Fecha de vencimiento: 2027-11-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista


LA PERLA
EVENTOS
NIT: 57294529-2 TEL: 3046381448
CLL 11 d # 22-80 OLIVO –SANTA MARTA
Santa Marta, Magdalena
Certifico que:
El señor Andrés Felipe Romero Pérez identificado con cédula de ciudadanía número 1.079.182.016 de Campoalegre (Huila), Trabajó en esta empresa desde el 5 enero 2020 hasta 15 septiembre 2023 desempeñando el cargo de mesero, prestando un buen servicio, responsable, respetuoso y muy comprometido con su deber en la empresa.
Lo anterior se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de octubre 2023
LA PERLA
Arlet Romero Pérez
C.C 57.294.529
Gerente
REDMI NOTE 13 | YESHÚA

PROTEGER EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
94887560004	14 06 2026

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Pensión [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Sello de la EPS
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres			
ROMERO	PEREZ	ANDRES	FELIPE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1079182016	Femenino [ ] Masculino [X]	1 1 0 6 1 9 9 4 (D D M M A A A A)	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso para el cálculo - IBC
AXA COLPATRIA	PORVENIR	2800000

18. Parentesco			

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
MZ 7 CASA 24		3115370379	ferope7@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
SANTA MARTA		acodis	MAGDALENA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección

Municipio/Distrito	Zona Urbana: Rural [ ] Urbana [ ]	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo E	N	M	Condición T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								

PROTEGER EPS Regional Magdalena RADICADO
Fecha: 14/06/2026
Firma:
Recibido para estudio, no implica aceptación

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:

ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.182.016**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre 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.

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 Versión: 003 | 11/ene/2025 Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	C.C.	Número de documento	1.079.182.016	Lugar de expedición	Campoalegre		
Primer apellido	ROMERO	Segundo apellido	PEREZ	Nombres	ANDRES FELIPE		
Nacionalidad	Colombiano	Dirección de domicilio	Mz 7 Casa 24 Urb. Acodis				
Departamento	Magdalena	Ciudad | Municipio	Santa Marta	Correo electrónico	Ferope7@hotmail.com		
Número de contacto	3115370379	Lugar de nacimiento	Santa Marta	Fecha de nacimiento	11/06/1994	Estado civil	Soltero
Actividad principal que desempeña actualmente	Auxiliar de Farmacia					Código actividad en RUT (4 dígitos)	8699

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	GINA ROMERO	Dirección	Mz 9 Casa 24 Villa Franca	Teléfono	3046003653
Apellidos y nombres	JHEYMI MONTERO	Dirección	Mz 26 Casa 15 Urb El Parque	Teléfono	3233608272

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual	$ 1.300.000	Otros ingresos mensuales		Total, ingresos mensuales	$ 1.300.000	Total, egresos mensuales	1.300.000
Total activos		Total pasivos		Información financiera a corte	31/10/2025		
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria	BANCOLOMBIA	Número de cuenta	51645152291	Tipo de cuenta	ahorro
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ]	Tipo de cuenta	
	No [X]	¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ]	Tipo de producto		Número de producto	
	No [X]	Entidad financiera		País	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

Trabajador independiente

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI		NO	X	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI		NO	X

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI	X
NO	

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

Andres Romero

Firma

Vigilado Supersalud

Certificación
Bancaria

Lunes, 14 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ identificado(a) con CC 1079182016, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	51645152291	2022-11-24	ACTIVO	*****

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **11/11/2025 09:26:00** Cargo **AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ**

Doc. Identidad	**CC 1079182016**	Edad	**31 Años**	Género	**Masculino**
Dirección	**MZ 7 CA 24 URB ACODIS**			Teléfono	**3115370379**
Escolaridad	**Técnica Profesional**				
Eps	**CAJACOPI**				

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, BACILOSCOPIA, HEMOGRAMA IV, GLICEMIA, Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs], PRUEBA PSICOLOGICA, VISIOMETRIA, RADIOGRAFIA DE TORAX

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- CONTROL PERIODICO POR OFTALMOLOGIA DE LA EPS.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	**ARL**	SI ( )	NO ( )	**EPS**	SI ( ) NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1A S.A para la CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD de mi historia clínica de acuerdo a la NORMATIVIDAD VIGENTE en materia de exámenes médicos ocupacionales emanados por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O el MINISTERIO DE TRABAJO DE COLOMBIA. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del informe medico ocupacional de aptitud.

José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM

Trabajador: ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ
CC: 1079182016
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **11/11/2025**

Doc. Identidad **CC 1079182016** Nombre **ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ** Fecha Nacimiento. **11/06/1994**

Entidad **PARTICULAR** Edad **31 años** Ocupación **AUXILIAR DE SERVICIOS**

H.C No Ingreso **X** Periódico Retiro Caso Ocupacional Reubicación
Post incapacidad Trabajo en alturas Control Ingreso al SVE

Empresa ESE Cargo AUXILIAR DE SERVICIOS Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn PORVENIR EPS CAJACOPI ARL NO REFIERE

Último Examen Visual **NR** Usa anteojos: SI NO **X** VL VP PC Bifocal
Progresivo Filtros LC RGP LC BLANDO Frecuencia de uso: Permanente Ocasional
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI NO **X** Cirugías: SI **X** NO Cual ? **PROTESIS OCULAR OJO DERECHO**
Accidentes oculares SI **X** NO Cual ? **ACCIDENTE DE TRANSITO A LOS 11 AÑOS DE EDAD**
Signos y síntomas: Asintomático Disminución visual de cerca Disminución visual de lejos Cefaleas Resequedad ocular
Ardor Ocular Lagrimeo Cansancio Ocular Irritación Fotofobia Prurito Ocular Salto de renglón

Antecedentes personales y/o familiares

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				-	-
OI				20/20	20/20
AO					

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival Pterigio N

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival Pterigio N

Pterigio T Pinguécula Nevus Blefaritis
Blefaritis seborreica Secreción Leucoma Corneal
Ptosis palpebral Otros:

Pterigio T Pinguécula Nevus Blefaritis
Blefaritis seborreica Secreción Leucoma Corneal
Ptosis palpebral Otros:

VL: VP: HISHBERG:

OD OI

Ducciones: Versiones: PPC:

Visión cromática Vis. profun. Vis. confron.

OD Normal Discromatopsia Ceguera al color
OI Normal **X** Discromatopsia Ceguera al color

No requiere corrección óptica **X**
Defecto refractivo adecuadamente corregido
Defecto refractivo inadecuadamente corregido
Defecto refractivo no corregido
Gafas no formuladas

OD OI

Valoración por optometría clínica **X** Valoración por oftalmología **X**

Emetropia
Ametropia
Disminución visual **X**
Control Visiometría

Otros:

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

H527 TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO

Apto No Apto Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

PACIENTE REFIERE ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA OCULAR DERECHO A LOS 11 AÑOS DE EDAD EN MANEJO QUIRURGICO, PORTA PROTESIS OCULAR DERECHA , NIEGA CONTROLES POR OFTAMOLOGIA ACTUALMENTE.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

VISIOMETRÍA Fecha examen: **11/11/2025**



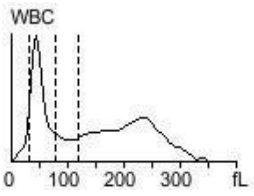
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

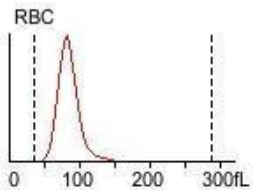
Informe de análisis de hematología

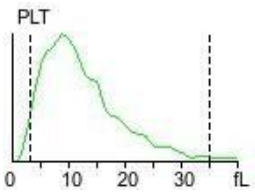
Nombre de pila: ANDRES ROMERO
Apellido(s):
Género:

Hora de Analisis: 2025/11/11 09:55
ID de muestra: 1079182016
Edad:

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**6,22**		**3,50-9,50**	**10^9/L**
2 Lym%	32,5		20,0-50,0	%
3 Gran%	58,5		50,0-70,0	%
4 Mid%	9,0		3,0-9,0	%
5 Lym#	2,02		1,10-3,20	10^9/L
6 Gran#	3,64		2,00-7,00	10^9/L
7 Mid#	0,56		0,10-0,90	10^9/L
8 RBC	**5,56**		**3,80-5,80**	**10^12/L**
9 HGB	15,6		11,5-17,5	g/dL
10 HCT	48,4		35,0-50,0	%
11 MCV	87,2		82,0-100,0	fL
12 MCH	28,1		27,0-34,0	pg
13 MCHC	323		316-354	g/L
14 RDW-CV	15,7	↑	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	46,4		35,0-56,0	fL
16 PLT	**226**		**125-350**	**10^9/L**
17 MPV	9,3		7,0-11,0	fL
18 PDW	10,8		9,0-17,0	fL
19 PCT	0,209		0,108-0,282	%
20 P-LCR	22,6		11,0-45,0	%
21 P-LCC	51		30-90	10^9/L







Grase Socarrás C.

Dra. Grase Socarras Casado
Microbiologa Clinica - Univesidad popular del Cesar
T.P: 1065582385

Carrera 20#12 -32 San Francisco Celular: 3126700249-3104423845
Correo electronico: prevenir1asantamarta@hotmail.com

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO

Nit. 819.001.920-7

Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845

Santa Marta

Impreso	11 nov 2025 11:35:58 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1
Paciente	**ROMERO PEREZ ANDRES**		Sexo M	Edad 31A 5M 0D	**Nro. De Recepción**	**134666**
Identif.	CC 1079182016	Teléfono		Fecha De Recepción	11 nov 2025 09:06:04 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
1 .	Glicemia en Ayunas	89	mg/dl	60 a 110
	Colorimetria			

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 11 nov 2025 09:50 am

MICROBIOLOGIA

2 .	Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R)	NEGATIVO
	Muestra Estudiada	ESPUTO

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 11 nov 2025 11:35 am



Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

DATOS DEL PACIENTE				
ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ	1079182016	M	31	11-06-1994
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento

DATOS DEL ESTUDIO		
TORAX	DX	11-11-2025 09:04:09
Estudio	Modalidad	Fecha de realización
	11-11-2025 08:53:24	11-11-2025 11:02:09
Médico referidor	Fecha de recepción	Fecha de interpretación

RX DE TORAX

TÉCNICA:
Se practican proyecciones en posteroanterior y lateral del tórax.

HALLAZGOS:
La silueta cardiovascular es de tamaño normal y la distribución del flujo vascular pulmonar se encuentra conservada.
Existe una buena expansión pulmonar, no se observan lesiones condensantes neumónicas evolutivas.
Los espacios pleurales están libres, no se observan zonas de engrosamiento ni derrame pleural sobre agregado.
No se observa ensanchamiento mediastinal que sugiera compromiso expansivo.
Las estructuras óseas muestran densidad conservada. No hay cambios de espondilosis ni compromiso osteolítico ni osteoblástico.

CONCLUSIÓN:
Tórax radiológicamente normal.

Dra. Liz Manga Banin

Especialista en Imágenes Diagnósticas

RM Nro. 32716677

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORME PSICOLOGICO DE PRUEBA GHQ-28

Nombre: ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ

Fecha de interpretación de prueba: 11/11/2025

Edad: 31 AÑOS

Fecha de nacimiento: 11/06/1994

Nivel académico: TECNICO

Numero de Identificación: 1079182016

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de
0 puntos síntomas somáticos relacionado con la percepcion de salud fisica,
0 puntos en ansiedad - insomnio, relacionado con la sensopercepcion de conductas ansiosas
0 puntos en disfunción social , relacionados con impacto de los problemas emocionales en las relaciones sociales y las actividades diarias
0 puntos en depresión relacionado con la percepcion en la presencia de síntomas depresivos

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida. Por lo cual no se encuentra alteraciones o limitacion en su salud mental que pueda dificultar o alterar el desempeño de su actividades diarias o la ejecucion de sus funciones.

Sugerencias

Ante sensaciones de minusvalia , aislamiento , tristeza recurente , sensacion de ahogo , pensamientos negativos e otros sentimientos ansiogenicos, acudir a su EPS y Seguir las consultas de sus medicos tratantes de ser necesario.

Cristian Alfonso Gomez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1083018742 T.P. 208468
I.C.SST-021/2023

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

BIO-TEST IPS SAS
NIT 900202037-4
Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad -Atlantico
Telèfono: 3929090 -3017954428
Direccion: Carrera 23 No 25B-41 Sabanalarga -Atlantico
Telèfono: 3002462193
Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga -Magdalena
Teléfono: 4107755
Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena
biotestips@hotmail.com

RESULTADOS

Impreso	13 nov. 2025 07:35:59 am				
Sede	**BIOTEST SANTA MARTA**			Fecha Nacimiento	11/06/1994
Paciente	**ROMERO ANDRES**		Sexo M	Edad 31A 5M 0D	**Nro. De Recepción** **110632**
Identif.	CC 1079182016	Teléfono		Fecha De Recepción	11 nov. 2025 09:37:45 am
Entidad	PREVENIR 1A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACI		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	0 0 0	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
HEPATITIS B ANTICUERPOS S (ANTI-HBS)	30,00	UL/L	1 a 10000

Reportado Por: JOSE MIGUEL UCROS ALVAREZ
Validado Por: JOSE MIGUEL UCROS ALVAREZ

Fecha Reporte 12 nov. 2025 03:14 pm
Fecha Validado 12 nov. 2025 03:14 pm

DR. JOSE MIGUEL UCROS ALVAREZ
BACTERIOLOG
T.P. 8788697

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: a249429d-2782-4841-9704-a5288b37e66f

Nombres y apellidos / Full name

ANDRES FELIPE ROMERO PEREZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 7 9 1 8 2 0 1 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

11/06/1994

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	14	11	2025	CHUMAKOV	320	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS - SANTA MARTA	OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA - CC57438441 - Activo
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	14	11	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS - SANTAMARTA	OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA - CC57438441 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema delnformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquídescritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planesde Beneficiosde Salud.

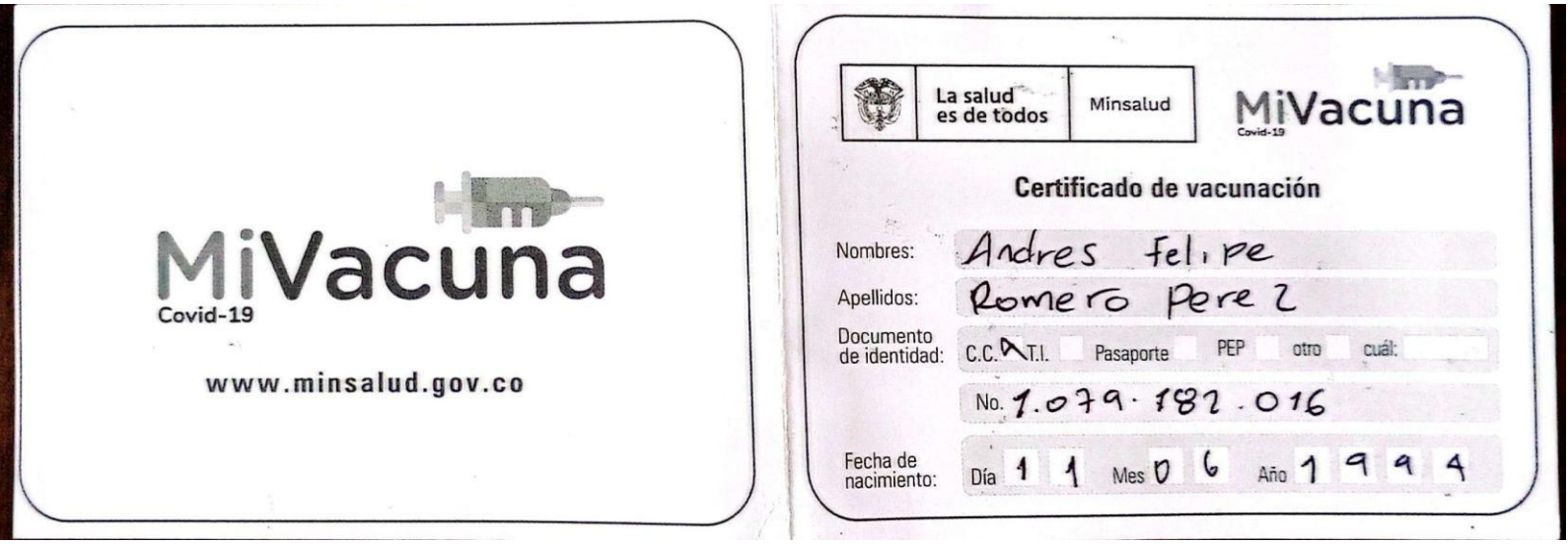
The Ministery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according t o the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by i t s acronym i n spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

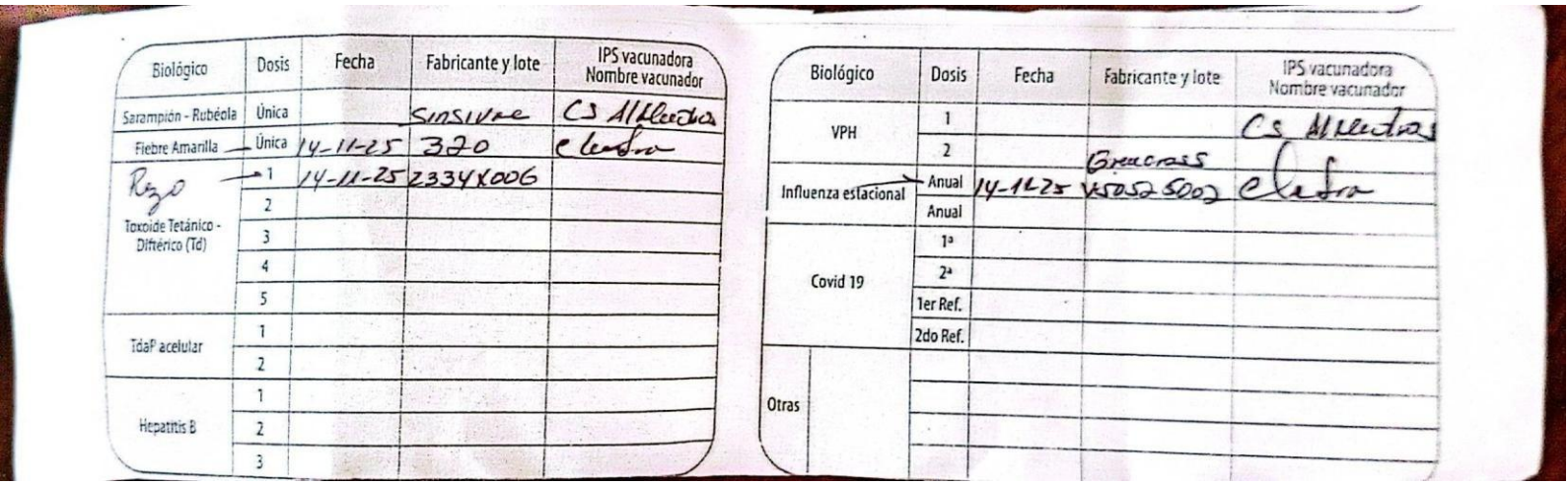
This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has receivedthe doses of thevaccinationschedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutionsand health service plan administrators.

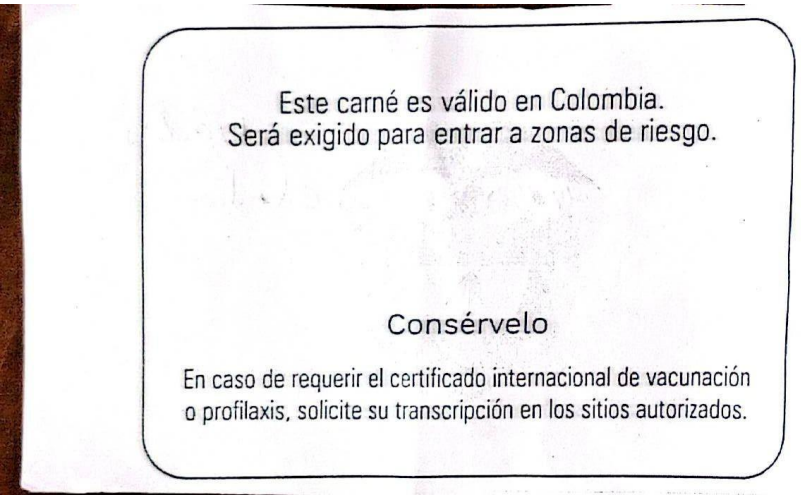
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	19 11 2021	Janssen	204J 21A	San Gabriel	Luis caballero	1083567100
	2	19 05 2022	Janssen	204J 21A	San Gabriel	Luis caballero	1083567100


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co
La salud es de todos
Minsalud
MiVacuna
Covid-19
Certificado de vacunación
Nombres: Andres Felipe
Apellidos: Romero Perez
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1.079.182.016
Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 06 Año 1994



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única		SINSIVAC	CS Alhelíes
Fiebre Amarilla	Única	14-11-25	320	Clínica
Rezo → Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	14-11-25	2334X006	
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

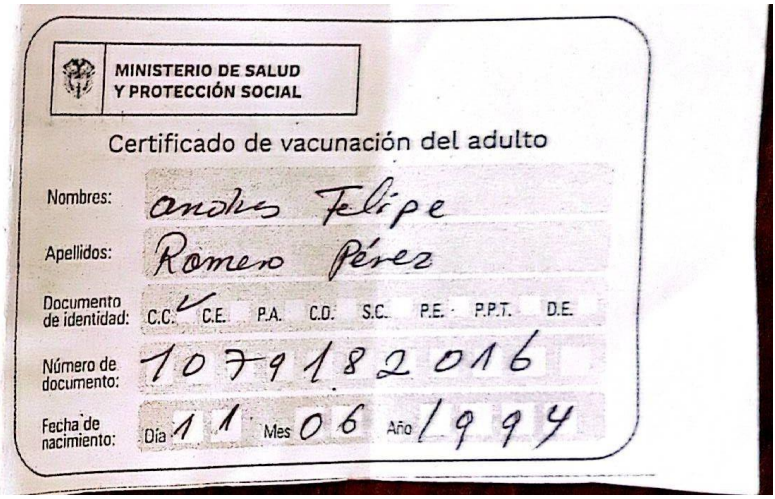
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			CS Alhelíes
	2			
Influenza estacional →	Anual	14-11-25	Greencross VS052502	Clínica
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				



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: Andres Felipe

Apellidos: Romero Pérez

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

Número de documento: 1079182016

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 06 Año 1994