

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

SOLICITUD DE COTIZACIÓN
PARA PROCESOS DE CONTRATACIÓN DIRECTA (SIN OFERTA SECOP II)
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

Fecha: 07-02-2023

Señora

Sandra Viviana Ladino Galindo
Vivi.lad@hotmail.com
Madrid - Cundinamarca
Carrera 9 No. 2-25

ADVERTENCIA	LA COTIZACIÓN SOLICITADA SERVIRÁ DE BASE PARA LA ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE MERCADO Y, POR TANTO, NO CONSTITUYE EN SÍ MISMA UNA OFERTA Y CONSEQUENTEMENTE NO OBLIGA A LAS PARTES.
OBJETO	Prestación de Servicios Técnicos como Médico general (MATIS) para el Establecimiento de Sanidad Militar 1882 del Comando Aéreo de Mantenimiento y Escuela de Suboficiales ³ CT. Andrés M. Díaz” de manera personal y autónoma.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	El Médico General debe realizar las siguientes actividades a continuación relacionadas en las 129 horas mínimas mensuales de abril a noviembre y 128 horas mínimas mensuales en diciembre, de acuerdo con el cuadro de actividades programadas y establecidos en atención a las necesidades del ESM. Sin que la determinación de los turnos implique una subordinación, los cuales pueden ser sujetos a cambios de acuerdo con la necesidad de la entidad. Para el desarrollo del objeto contractual, se deben realizar las siguientes actividades y obligaciones específicas, que enmarcan el alcance del mismo: OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: a) Requisitos y/o perfil del personal a contratar -Diploma o acta de grado como Médico General -Copia de la Cédula de Ciudadanía -Experiencia laboral mínima de 06 meses en áreas clínicas. -Hoja de vida de función pública firmada -Inscripción SECOP II -Soporte de Registro de Talento Humano en RETHUS. -Fotocopia tarjeta profesional y/o certificado de ejercicio profesional. -Certificado de antecedentes disciplinarios ético-profesionales en el Tribunal de Ética Médica. -Certificado en SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS) vigente. -Curso de humanización en los servicios o constancia de inscripción al curso. -Curso de atención a víctimas de violencia sexual. -Formulario Único de Bienes y Rentas.

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	Nota: Para el presente proceso de contratación será tenida en cuenta las prácticas realizadas en un Centro de Salud habilitado por la Secretaria de Salud Departamental o Municipal. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA 1. Realizar un total de 1160 horas (\$ 28.489 valor hora) distribuidas así: 129 horas cada mes comprendidas en los meses de abril a noviembre del 2023 y 128 horas en el mes de diciembre del 2023, en consulta externa en apoyo al programa del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) y/o consulta prioritaria en Medicina General de manera eficaz y eficiente para lograr el objetivo final de atención integral al paciente. Una consulta de 20 o 30 minutos, según sea el caso. Dichas horas se deberán agendar dentro de la jornada de atención del Establecimiento de acuerdo a programación y disponibilidad de consultorios, asimismo las horas de consulta las deberá agendar en el mismo mes a facturar. 2. Asistir a las reuniones y capacitaciones citadas por la sección personal y el escuadrón de servicios de salud, siendo proactivos a la investigación de casos clínicos, será de carácter obligatorio la asistencia y presentación de talleres y/o información solicitada por el programa de seguridad del paciente y demás programas que considere el ESM y presentar las evaluaciones periódicas de las capacitaciones realizadas, según programación. 3. Realizar un diagnóstico integral de las necesidades de los pacientes y establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo. 4. Realizar consulta extramural a poblaciones priorizadas como: gestantes, recién nacidos, menores de 5 años, personas con enfermedades crónicas no transmisibles no controladas, personas con TBC – Lepra, discapacidad y salud mental, eventos de interés en salud pública entre otras, enfocándose hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la detección temprana, el manejo de la enfermedad y la rehabilitación, que por la contingencia de enfermedad, discapacidad, atención prioritaria o emergencia, requieran de su atención o de la coordinación para su ruta de atención. 5. Registrar en SALUD.SIS la Historia clínica del paciente el procedimiento realizado, en forma adecuada, completa, con claridad de acuerdo con las normas establecidas vigentes para el manejo de la Historia clínica. 6. Aplicar las guías de manejo estipuladas por la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA), Jefatura Salud FAC (JEFSa) o en su defecto las del MINSALUD o Secretaria de Salud. 7. Presentar las estadísticas e informes de actividades que se deriven del servicio prestado como contratista. 8. Cumplir con las actividades y disponibilidades establecidas conforme al cuadro de actividades previamente publicado por la Escuadrilla de Medicina y Odontología, y las horas establecidas en el presente contrato, con el fin de cumplir de manera adecuada con la programación y disponibilidad de consultorios. 9. Recibir y entregar turno de actividades médicas acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin. 10. Mantener los consultorios del área de Consulta Externa y/o prioritaria en adecuado orden, y verificar e informar que se encuentren dotados de equipos y papelería correspondiente. 11. Archivar las historias clínicas de los pacientes atendidos, y consentimientos informados entregándolos en archivo y registrando en el libro de bitácora establecido para tal fin, evitando extravío y pérdida de estas. 12. Notificar al Jefe de Consulta externa, Consulta Prioritaria o a quien corresponda las novedades que se presenten en el funcionamiento de los equipos del ESM 1882 CAMAN – ESUFA. 13. Apoyar las actividades de promoción y prevención, de acuerdo con las necesidades del servicio. 14. Brindar orientación clara, real y oportuna a los usuarios del servicio de consulta externa y prioritaria. 15. Realizar revisión permanente de las guías, protocolos y procesos que se encuentre vigentes en la Suite Visión Empresarial, garantizando la adherencia a los mismos.
--	---

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	16. Realizar educación a los pacientes y/o familiares de las recomendaciones médicas necesarias para el mejoramiento de su salud. 17. En caso de necesidades en la prestación del servicio, realizará apoyo para acompañamiento o traslado de pacientes en ambulancia a la red externa, conforme a las actividades estipuladas previamente por el departamento de la Escuadrilla de Medicina y Odontología el cual no será modificable por parte del contratista, previa autorización del supervisor del contrato. 18. Asistencia y presentación de talleres y/o información solicitada por el programa de seguridad del paciente, y capacitaciones citadas por la sección de personal y el Escuadrón servicios de salud, siendo proactivos a la investigación de casos clínicos. 19. Debe respetar y cumplir las normas de bioseguridad y usar estrictamente los elementos de protección personal, además de fomentar el adecuado lavado de manos como personal activo mientras la vigencia del contrato. 20. Diligenciar a diario los procedimientos médicos realizados usando el aplicativo dispuesto (IRON) adecuadamente según necesidad que tendrá corte mensualmente en seguimiento a las labores realizadas por el personal asistencial. 21. Conocer todos los procesos y mantener permanente comunicación con el equipo médico para brindar atención integral al paciente. 22. Cumplir con los diferentes requerimientos dentro del Comando Aéreo de Mantenimiento y la Escuela de Suboficiales "CT. Andrés M Díaz". 23. Revisar historias clínicas y entregar al archivo de historias clínicas debidamente foliadas y organizadas en orden cronológico. 24. Verificación de derechos de los usuarios y fuerza adscrita. 25. Realizar conceptos médicos cuando le sean requeridos, en los formatos para tal fin, entregando una copia al coordinador de medicina laboral, con letra legible, y todos los campos requeridos diligenciados. 26. Atención en consulta programada en el área de medicina general - control de pacientes pertenecientes a los Programa de Promoción de la Salud y Detección temprana de la Enfermedad. 27. Realizar consulta externa en medicina general. 28. Brindar capacitación y charlas a los usuarios en las diferentes patologías propias de su área y conocimiento. 29. Efectuar diligenciamiento de los RIPS en el Sistema IRON. 30. Cumplir con todos los procesos administrativos y asistenciales inherentes a la atención del paciente a su cargo, diligenciamiento adecuado y oportuno a la historia clínica, formulación de medicamentos basados en el Acuerdo 052 de las FFMM, Elaborar los formatos de Comité Técnico Científico cuando sea necesaria la formulación de medicamentos fuera del Acuerdo 052 de las FFMM según lo establecido en las guías de manejo propias o nacionales. 31. Dar cumplimiento a los parámetros establecidos por la resolución 1995 de 1999, relacionados con el manejo de la historia clínicas, manejo adecuado y estricto del sistema SALUD.SIS, Registrar en la Historia Clínica del paciente el procedimiento realizado, en forma adecuada, con claridad, de acuerdo con las normas establecidas vigentes, será de obligatorio cumplimiento la corrección de novedades descritas en el Comité de Historias Clínicas del ESM 1882. 32. Reportar diariamente las actividades de vigilancia epidemiológica que, por ley, están dispuestas para todo el personal de la salud. 33. Las actividades propias a cumplir por el contratista en las horas mensuales establecidas, deberán ser programadas y en común acuerdo por ambas partes en referencia a lo anterior los 10 días calendarios antes de finalizar cada mes, lo anterior, con el fin de programar durante esa disponibilidad las actividades propias a su profesión. 34. Proporcionar al paciente instrucciones de tratamiento para garantizar de esta forma su recuperación y dejar registro de ello en la Historia Clínica. 35. Tratar con respeto, cordialidad, amabilidad, imparcialidad y rectitud a los funcionarios y pacientes del Establecimiento de Sanidad Militar No. 1882, y demás personas con que tenga relación con ocasión en la prestación del servicio, ajustado a la moral y las buenas costumbres.
--	---

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	36. Solicitar los exámenes de apoyo diagnóstico o valoraciones especializadas y en general procedimientos diagnósticos y de manejo terapéutico, y prescripción de medicamentos, empleando criterios pertinentes para la resolución clínica del paciente debidamente justificados y soportados en la historia clínica. 37. Prescribir los medicamentos en formatos institucionales utilizando siempre las fórmulas generadas por el sistema SALUD.SIS. Solo se realizará fórmulas manuales en caso de caída prolongada del sistema o en casos de fuerza mayor. 38. Direccional al usuario en forma clara hacia el área de referencia y/o atención al usuario para realizar el proceso de transcripción y/o autorización en caso de ser requerido. 39. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la Entidad, incluida la propiedad intelectual y los derechos de autor. 40. Realizar captación diaria de pacientes para los diferentes programas de prevención y detección temprana de la enfermedad. 41. Entregar información veraz y completa al paciente en lo referente a su patología y tratamiento indicado. 42. Orientar a los pacientes sobre las áreas donde se realizan los procesos de tipo administrativo del Establecimiento de Sanidad Militar No. 1882. 43. Abstenerse por completo de diligenciar notas en la historia clínica digital con un usuario diferente al asignado personalmente por la Dirección General de Sanidad Militar. 44. Deberá prestar su turno con uniforme y calzado limpios, cabello recogido, uñas cortas y limpias; respetando las normas de bioseguridad. 45. Deberá entregar la documentación requerida al supervisor del contrato para tramitar el pago del servicio prestado; quien junto con el jefe del servicio estará enterado de novedades ocurridas, esto respetando el conducto regular que se rige en la organización del medio Militar. La Ejecución del contrato será supervisada por el personal idóneo y capacitado del Establecimiento de Sanidad Militar No. 1882 quien emitirá el concepto de satisfacción de los servicios prestados mensualmente. 46. Deberá presentar con los demás documentos la certificación de aptitud laboral (examen médico ocupacional de ingreso). 47. Debe respetar y cumplir las normas de bioseguridad y usar estrictamente los elementos de protección personal. 48. Deberá tener conocimientos en programas como Office e internet. 49. Reportar en forma inmediata cualquier novedad con seguridad del paciente o accidente de trabajo. 50. Las demás asignadas por el supervisor en asesoría del coordinador del servicio, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño de conocimiento. 51. Acreditar que se ha dado cumplimiento al pago y se encuentra a paz y salvo frente a las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social: salud, pensiones, y Riesgos Laborales al supervisor del contrato desde la suscripción del acta de inicio del contrato para cada pago y en la liquidación. Para el desarrollo eficiente de las actividades y obligaciones encomendadas a la Jefatura Salud de la Fuerza Aérea Colombiana, encuentra conveniente que el servicio se preste en las instalaciones del ESM1882 y dentro del horario de funcionamiento del servicio de Medicina General, lo cual deberá pactarse con el contratista. Nota: En ningún caso debe presentarse total y/o parcialmente subordinación o dependencia en el desarrollo de las actividades; lo que debe obrar en la ejecución e informes de supervisión es una relación de coordinación de actividades entre la entidad contratante y el contratista.
--	---

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	ENTREGABLES Y FECHAS ESTIMADAS 1. Certificación de realización de exámenes ocupacionales (con vigencia NO mayor a 30 días calendario) donde se incluyan los siguientes exámenes: Examen médico con énfasis en sistema osteomuscular, Visiometría y Audiometría. 2. El contratista deberá entregar soporte de registro de atención de pacientes realizados en el sistema IRON de forma mensual los días 25 de cada mes. 3. El contratista deberá presentar mensualmente los recibos de pago de salud, pensión y riesgos laborales de forma mensual los días 25 de cada mes. 4. El contratista deberá realizar actualización en temas propios de su especialidad de acuerdo a protocolos institucionales cada dos meses dejando Acta de socialización como soporte del mismo, la cual deberá ser entregada los días 25 de cada mes. 5. El contratista deberá diligenciar los primeros 5 días del mes, consolidado mensual en horas y enviarlo mediante correo electrónico a funcionario encargado, deberá entregar soporte impreso. 6. El contratista deberá entregar carnet de vacunas, deberá ser entregado al supervisor del contrato cada <u>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA</u> 1. EL CONTRATISTA asumirá los costos que se generen por concepto de elaboración de fichero para ingreso a la Unidad. Así mismo debe elaborar el estudio de seguridad y verificar su trazabilidad. 2. FACTURACIÓN: Entregar las facturas (o cuentas de cobro) originales y dos copias al supervisor del contrato el día 25 de cada mes, si dicha fecha corresponde a sábado, domingo o lunes festivo, se entregará el viernes anterior al 25 adjuntando los siguientes documentos: fotocopias del último recibo de pago al Sistema General de Seguridad Social: salud, pensiones y Riesgos Profesionales, los cuales son de obligatorio cumplimiento para el pago. Estos documentos se entregarán al supervisor del contrato para la realización del acta de recibo a satisfacción y el informe de supervisión correspondientes a cada mes. 3. Velar por el buen uso y cuidado de los equipos y elementos utilizados durante la prestación de sus servicios. 4. Cumplir con todos los procedimientos administrativos y asistenciales para los que fue contratado. Las actividades de capacitación y reuniones mensuales serán clasificadas como de obligatoria asistencia, en razón a que las mismas responden a la preparación que debe tener el contratista para el desarrollo del objeto del presente contrato, las cuales se entenderán que hacen parte de las horas contratadas. 5. La atención al paciente debe estar enmarcada en parámetros de calidad, amabilidad, respeto y confidencialidad por parte del contratista. 6. Manejar absoluta reserva de la información que se obtenga por medio de este contrato y de los diagnósticos de los pacientes.
--	---

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	7. NO suministrar información relativa a los servicios que presta al ESM, así como de las instalaciones de las fuerzas militares de la República de Colombia que conozca o llegare a conocer durante el desarrollo del presente contrato, en caso de incurrir en esta conducta, será sancionado de acuerdo con las normas del código Penal Colombiano a que haya lugar. 8. Realizar el cargue de la cuenta de cobro y planilla de parafiscales en SECOP 2 9. El contratista debe cumplir con el siguiente esquema de vacunación:		
	ACTIVIDADES ASISTENCIALES		
	VACUNA	INDICACIÓN	OBSERVACIONES
	Hepatitis A	1 dosis	
	Hepatitis B	3 dosis (0-2-6 meses) y	El Auxiliar de enfermería deberá presentar el esquema completo (3 dosis).
		1 refuerzo cada 15 años	1 refuerzo al esquema cada 15 años
	Influenza Estacional	1 dosis	Si el Auxiliar de enfermería se realiza la vacunación antes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la vacunación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente. NOTA: la única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.
	Fiebre amarilla	1 dosis	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, <u>sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.</u>
	Varicela	1 dosis	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y <u>sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.</u>

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	Tripe viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis), o	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.
	Sarampión y rubeola en incorporación.		
	DPTA – Difteria-Tétano-Tosferina a celular	1 dosis y 1 refuerzo cada 10 años.	<u>NOTA:</u> ** si certifica esta vacuna, se puede homologar por TD, pero no lo contrario. En caso de no tener la vacunación deberá presentar un consentimiento en el cual indique que asume la responsabilidad de las complicaciones que pueda presentar como consecuencia de contraer el Covid-19.
	Vacuna Covid	2 dosis	
	En caso que la contratista no tenga todos los refuerzos y vacunas, el contratista se compromete a actualizar las mismas en el primer trimestre de 2023.		
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	PLAZO EJECUCIÓN	A partir de la firma del acta de inicio hasta el 25 de diciembre del 2023	
	FORMA DE PAGO	De acuerdo a las políticas del Ministerio de Defensa Nacional el contrato se pagará de acuerdo a la programación de entregas establecidas y se efectuará conforme a los parámetros establecidos en el proceso formal.	
	LUGAR EJECUCIÓN DE	Establecimiento de Sanidad Militar 1882	

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

REQUISITOS TÉCNICOS: (VER LA TOTALIDAD DE ESPECIFICACIONES TECNICAS)	EQUISITOS		CON ESTA COTIZACIÓN
	1. Hoja de vida en formato Único de Hoja de Vida de la Función Pública		x
	2. Certificados de estudio (VER ESPECIFICACIONES)		x
	3. Certificados de experiencia (VER ESPECIFICACIONES)		x
	4. Otros documentos requeridos (VER ESPECIFICACIONES)		
REQUISITOS JURÍDICOS: (VER LA TOTALIDAD DE ESPECIFICACIONES TECNICAS)	REQUISITO		CON ESTA COTIZACIÓN
	1. Documento de identidad (persona natural)		x
	2. Certificado de existencia y representación legal o Registro Mercantil (o documento equivalente para el proponente extranjero)		N/A
	3. Acreditación de la capacidad del Representante Legal o quien haga sus veces para presentar oferta y suscribir contrato		N/A
	4. Situación militar (cuando aplique)		N/A
	5. Acreditación de pago o afiliación aportes al Sistema de Seguridad Social Integral del último mes		X
	6. Compromiso anticorrupción según formato		X
	7. Garantía de seriedad (si aplica)		N/A
	8. Garantía de Cumplimiento (cuando aplique)		N/A
	9. Inhabilidades e incompatibilidades		X
	10. Certificación de antecedentes disciplinarios		X
	11. Certificación de antecedentes en el boletín de responsables fiscales		X
	12. Certificación de antecedentes judiciales		X
	13. Verificación Registro Nacional de Medidas Correctivas		X
	14. Fotocopia cedula de ciudadanía persona natural o representante legal persona jurídica (o documento equivalente para el proponente extranjero)		X
	15. Inhabilidades e incompatibilidades		N/A
	16. Compromiso anticorrupción		x
	17. Acreditación de situación militar (sólo aplica para personas naturales)		N/A
	18. Certificación o constancia de la no existencia de pluralidad de oferentes en el mercado (Si aplica)		N/A
	19. Otros documentos requeridos: (si aplica) Otros documentos requeridos: (si aplica) -Formato compromiso anticorrupción -Formato Compromiso antisoborno -Formato tratamiento datos personales -Formato Pacto de integridad -Formato certificación de pago al sistema de seguridad social integral		X

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-036
	FORMATO SOLICITUD COTIZACIÓN MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA SIN OFERTA	Versión N°:	01
		Vigencia:	06-12-2021

	-Régimen sancionatorio y clausulas excepcionales		
REQUISITOS ECONÓMICOS: (VER LA TOTALIDAD DE ESPECIFICACIONES TECNICAS)	REQUISITO		CON ESTA COTIZACIÓN
	1. RUT		X
	2. Valor de la Cotización de acuerdo a ficha técnica		X
	3. Creación de beneficiario de cuenta según formato (SIIF) y certificación bancaria		X
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN	Hasta el 28-02-2023 Nota: En el caso de no presentar oferta se solicita justificación por escrito.		


MY. DIANA EUGENIA PINTOR MURCIA
Gerente Proyecto

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.316.436

NUMERO

LADINO GALINDO

APELLIDOS

SANDRA VIVIANA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1977**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

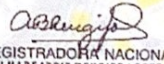
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-ABR-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADORA NACIONAL
ALMADETRIZ RENGIFO LOPEZ



A-0904900-35124412-F-0052316436-20041117 07337 04322B 02 165983650



República de Colombia
DEPARTAMENTO NACIONAL INSTITUTO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

APELLIDOS Y NOMBRES : LADINO GALINDO SANDRA VIVIANA X CE PASAP. OTRO No. 52316436 HOJA No. 2

3. OTROS ESTUDIOS (Continuación).

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO

III. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y LOGROS LABORALES

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE : HABLE, LEE Y ESCRIBE DE FORMA, REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
INGLES	X				X			X		

IV. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES :

A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO

B) PARA DEDICACIÓN : TC = TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACIÓN (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)

C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS :

- | | | |
|---|--|---|
| 01 TERMINACIÓN DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERÍODO | 05 Cese de actividades del empleador por más de 120 días | 09 REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO |
| 02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA | 06 ABANDONO DEL CARGO | 10 JUBILACIÓN O PENSIÓN DE INVALIDEZ |
| 03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE | 07 DECISIÓN UNILATERAL O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA | 11 RENUNCIA VOLUNTARIA |
| 04 CLAUSTRACIÓN DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESIÓN DEL CARGO | 08 SENTENCIA EJECUTORIA | 12 POR MUTUO ACUERDO |

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD ASISTIRSALUD	PÚBLICA 1	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO MOSQUERA	DIRECCIÓN AV K5 #102-25 ESTE	
TELÉFONOS 8901915	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 6 AÑO 2020	TIEMPO DE SERVICIO AÑOS 5 MESES 0 DÍAS 0	DEDICACIÓN TC ☒ MT ☒ TP ☒ OD ☒
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

FOTO
3X4

ENTIDAD RECEPTORA

I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LADINO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GALINDO		NOMBRES SANDRA VIVIANA	
SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ DOBLE NAL. ☐ EXTRANJERO ☐	PAÍS EXTRANJERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA NACIONALES C.C. ☒ NIT ☐ OTRO ☐ NÚMERO 52316436		
LIBRETA MILITAR CLASE ☐ 1a ☐ 2a	NÚMERO	D.M.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EXTRANJEROS C.E. ☐ NIT ☐ NÚMERO PASAPORTE ☐ 3 NÚMERO		
LUGAR DE NACIMIENTO - MUNICIPIO BOGOTA		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		PAÍS COLOMBIA	FECHA DE NACIMIENTO 18 3 # DIA MES AÑO
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 9 # 2-25		MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO MADRID CUNDINAMARCA		PAÍS COLOMBIA	TELÉFONOS DE CONTACTO 3184021598

II. FORMACIÓN ACADÉMICA

1. 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											MEDIA	TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO													
PRIMARIA					SECUNDARIA						ESTABLECIMIENTO DONDE CURSÓ EL ÚLTIMO AÑO					MUNICIPIO					FECHA DE TERMINACIÓN				
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	LICEO NAL. POLICARPA SALAVARRIETA	BOGOTA					MES	1	2	AÑO	1	0	0	3	

2. EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO.

EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: "TC" (TÉCNICA), "TL" (TECNOLÓGICA), "TE" (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" (ESPECIALIZACIÓN),

"MG" MAESTRÍA O MAGISTER, "DC" (DOCTORADO O PhD). RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (* SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY DE CARÁCTER ESTATUTARIO).

MODALID. ACADÉM.	SEMEST. APROBADO	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN						Nº DE TARJETA PROFESIONAL *
		SI	NO			MES	AÑO					
UN	12	x		MEDICO GENERAL	NDACION UNIVERSITARIA SAN MARTI	1	2	2	0	0	0	252164-01

* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS CONVIÉRTALOS A SEMESTRES.

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
ESPECIALIZACION EN FARMACOLOGIA VEGETAL Y MEDICINA ALTERNATIVA	UNIVERSIADAD JUAN N CORPAS		2 0 1 0
DIPLOMADO EN CUIDADO CRITICO PEDIATRICO Y NEONATAL	POLITECNICO DE SURAMERICANA	120	2 0 2 2



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA **Función Pública**

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

APELLIDOS Y NOMBRES :LADINO GALINDO SANDRA VIVIANA X CE PASAP OTRO No. 52316436 HOJA No. 4

B) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, ESTANDO VINCULADO SIMULTANEAMENTE CON UNA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TIEMPO DE SERVICIO	
				No AÑOS	MESES

V. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA Y SITUACIÓN LABORAL

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS, MESES Y DÍAS, QUE RESULTA DE SUMAR LAS VINCULACIONES LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, RESPECTIVAMENTE, Y SI SE ENCUENTRA VINCULADO O NO.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA			VINCULADO		INDIQUE EL NOMBRE DE LA ÚLTIMA ENTIDAD PÚBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE LABORÓ O LABORA COMO SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO	
SERVIDOR PÚBLICO	7				X	HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14					
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA						
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	21					

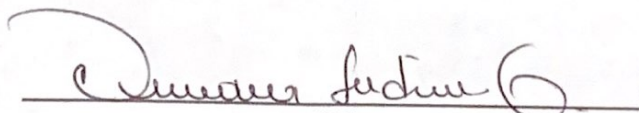
VI. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS O EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. (ARTÍCULO 10 DE LA LEY 190 DE 1995)

OBSERVACIONES

VII. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50 DE LA LEY 190/95).


FIRMA

VIII. OBSERVACIONES DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE (ART. 40 DE LA LEY 190/95).

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN



TENIENDO EN CUENTA QUE

Sandra Viviana Ladino Galindo

IDENTIFICADO CON LA C.C. No. 52.316.436 Santafé de Bogotá D.C.

HA CURSADO LOS ESTUDIOS Y HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO EN LA

Facultad de Medicina

LE OTORGA,

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE:

Médico General

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA,

EN SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., A LOS

Quince

DÍAS DEL MES DE

Diciembre

DEL 2000

PRESIDENTE

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

V. R. L. L.

Registro No. 22555
Anexado al Folio No. 2555 Libro 01
Santa Fe de Bogotá, D.C., República de Colombia
Día 15 de Diciembre Año 2000
SECRETARIA GENERAL
Acurdo 022-19 Octubre 1993 Plenum

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA GENERAL
Bogotá, D.C., 15 de Diciembre de 2000
Resolución No. 25555/00



Nit: 899999151-3

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ**

OFICINA JURIDICA- CONTRATACION



**EL SUSCRITA ASESORA JURIDICA Y DE CONTRATACION DE LA ESE
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA**

CERTIFICA:

C-062-2020

Que la Doctora **SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO**, identificada con cédula de ciudadanía número 52.316.436 de Bogotá D.C, cuenta con un contrato de prestación de servicios de gestión misional vigente con la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá, a continuación relaciono:

CONTRATO: JUR 0319 – 2020

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

FECHA INICIO: 15/Febrero/2020

FECHA TERMINACIÓN: 18/Marzo/2020

VALOR DEL CONTRATO \$ 7.500.000.00

ACTIVIDADES REALIZADAS:

1. Establecer la prioridad en la atención de acuerdo a las condiciones clínicas, incluso la activación del equipo de respuesta inmediata ante la emergencia obstétrica 2 Evaluar a la paciente ginecológica y obstétrica, clasificar las necesidades de atención médica y registrarla en el formato institucional con la información requerida además de solicitar los estudios que se consideren necesarios 3. En los casos que se consideren como NO urgentes de acuerdo a la valoración inicial obstétrico, canalizar a la paciente a la consulta externa de la especialidad y o medicina general para su atención programada 4. Informar oportunamente acerca de la demanda de atención medica de los pacientes al líder de programa de cirugía y sala de partos para que se establezcan las estrategias conducentes con la finalidad de cumplir con la indicación institucional de "cero rechazo" 5. Proporcionar atención médica inmediata a las pacientes que así lo soliciten cuando las condiciones de la paciente apremien y demanden, de acuerdo a la normatividad técnica establecida para la atención de parto, hemorragia obstétrica y complicaciones ginecoobstetricas diversas, con la finalidad de preservar las condiciones de salud y disminuir la mortalidad materna. 6 apoyar y supervisar al personal en entrenamiento para que los procedimientos se realicen de manera correcta en tiempo y forma, para mantener un nivel adecuado de atención 7. Realizar, recibir y entregar turno diario, utilizando el formato institucional diseñado para tal fin indicando las actividades relevantes en el servicio, para que se cuenten con la información disponible de manera permanente 8. Atender a las pacientes con calidad y



Nit: 899999151-3

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ**

OFICINA JURIDICA- CONTRATACION



calidez e informar a ella y a sus familiares con lenguaje claro y comprensible acerca del diagnóstico y tratamiento a realizar, así como de las posibles complicaciones del mismo, asegurándose que se entendieron perfectamente las condiciones clínicas para observar apego al "procedimiento de consentimiento informado", siempre diligenciar y hacer firmar el documento respectivo. 9. Coordinar y verificar que las pacientes obstétricas y/o ginecológicas hospitalizadas se les brinde atención medica eficaz, eficiente y con calidad, con objeto de obtener una resolución del embarazo adecuado, de acuerdo a las normatividades establecidas, contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna. 10. Registrar la evolución del trabajo de parto en el formato institucional establecido para ello (partograma), con la finalidad de establecer una atención medica continua a través de la valoración oportuna de la paciente dependiendo de su riesgo asociado al embarazo 11. Supervisar el uso racional de los recursos materiales, insumos y equipos utilizados en la atención de las pacientes, para optimizarlos eficientemente 12. Participar en el programa académico del área con el resto de personas del equipo de salud 13. Dentro de la atención del parto brindar la atención requerida, en especial lo que tiene que ver con el periodo expulsivo alumbramiento y la reparación de episiotomía si se hubiera realizado y, en caso necesario, revisión de cavidad, para asegurar que no haya complicaciones derivadas de la misma 14. Realizar consejería y aplicación de dispositivo intrauterino o cualquier otro método anticonceptivo elegido cuando la paciente lo solicite, para coadyuvar en los lineamientos sectoriales emitidos al respecto. Así mismo dar orientación en las actividades IAMI incluida la lactancia materna a toda paciente que se atendida. 15. Vigilar la adecuada involución uterina, prevenir la hemorragia uterina del postparto inmediato y manejar las complicaciones de enfermedades agregadas al embarazo junto con el ginecólogo de turno, de acuerdo a su orientación 16. Entregar informe mensual de las actividades respectivas demostradas 17. El profesional realizara las correspondientes adaptaciones neonatales 18. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando todo tipo de dilatación y entramamientos que se presenten. 19. Garantizar la calidad de los servicios contratados y responder por ello. 20. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el **CONTRATISTA** deberá informar de tal evento al **HOSPITAL** y a las autoridades competentes para que ellas adopten las medidas necesarias. 21. Cumplir con los aportes a Seguridad Social (Salud, Pensión, ARL), dentro del término, para lo cual deberá anexar con la factura copia de la autoliquidación de pago de seguridad social del mes objeto de cobro. **PARAGRAFO:** El incumplimiento reiterado al pago a seguridad social será causal para declarar la terminación del Contrato. 22. Las demás tareas y actividades que de acuerdo a su perfil sean asignadas.

CONTRATO:

JUR 0158 – 2020

OBJETO

**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL
ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA**



Nit: 899999151-3

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ**

OFICINA JURIDICA- CONTRATACION



CUNDINAMARCA
unidos podemos más

FECHA INICIO: 8/Enero/2020
FECHA TERMINACIÓN: 14/Febrero/2020
VALOR DEL CONTRATO \$ 8.640.000.00

CONTRATO: JUR 1036 – 2019

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL
ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA.

FECHA INICIO: 18/Diciembre/2019
FECHA TERMINACIÓN: 7/Enero/2020
VALOR DEL CONTRATO \$ 3.500.000.00

CONTRATO: JUR 1048 – 2019

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL
ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

FECHA INICIO: 18/Noviembre/2019
FECHA TERMINACIÓN: 17/Diciembre/2019
VALOR DEL CONTRATO \$ 7.600.000.00

CONTRATO: JUR 0522 – 2019

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL
ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

FECHA INICIO: 01/Abril/2019
FECHA TERMINACIÓN: 01/Junio/2019
VALOR DEL CONTRATO \$ 15.900.000.00

Handwritten signature



Nit: 899999151-3

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ**

OFICINA JURIDICA- CONTRATACION



CONTRATO: JUR 0334 – 2019

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

FECHA INICIO: 01/Febrero/2019
FECHA TERMINACIÓN: 31/Marzo/2019
DURACION DEL CONTRATO: Dos (02) meses y dos (02) días
VALOR TOTAL CONTRATO \$ 17.000.000.00

CONTRATO: JUR 0705 – 2018

OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA DE SALAS DE PARTOS Y EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

FECHA INICIO: 14/Junio/2018
FECHA TERMINACIÓN: 31/Enero/2019
DURACION DEL CONTRATO: Ocho (08) meses y diecisiete (17) días
VALOR TOTAL CONTRATO \$ 32.240.000.00

Se expide en Facatativá, a solicitud de la interesada a los veintitrés (23) días del mes de Octubre de dos mil veinte (2020)

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ
DIANA VILLANI LADINO
Asesora Jurídica y de Contratación

Elaboro: Adriana Suarez Alonso – Secretaria



Sociedad Administradora de Servicios Médicos Especializados,
SASMES SAS. NIT 900235396-5.
Humanismo, Ciencia y tecnología al Servicio de la Salud

23/10/2020

CERTIFICACION

Certifica que SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO identificada con numero de cedula CC: 52316436 de ,BOGOTA se encuentra laborando en el área GINECOLOGIA desempeñando el cargo de MEDICO INTRAHOSPITALARIA en ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ, con la empresa SASMES SAS, desde ,19 DE MARZO 2020 con un contrato por prestación de servicio.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Facatativá a los 23 días del mes de OCTUBRE de 2020



KAREN GAMACHO CELY
RECURSOS HUMANOS SASMES SAS
TEL: 3003927270

Carrera 2 N 1-80 Facatativa – Cundinamarca.
Calle 19B N° 81B – 45 Bogotá D. C.
Tel: 3002141987 – 8640126. Email: sasmes.ltda@hotmail.com

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-02-21→2:12:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52316436	SANDRA	VIVIANA	LADINO	GALINDO	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) SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO identificado(a) con CC 52316436 registra La siguiente información:

2023-02-21→2:12:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora	La información dispuesta se
UNV	Local	Medicina	2001-09-20	2164	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	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).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 8:16:18



SANDRA VIVIANA LA...

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼

Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14005882 Ayuda ?

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

Editar

Información del usuario

Género
Cargo
Título
Nombre
Apellidos
Fecha de Nacimiento
Nombre y apellido SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO
Tipo de documento
Número de documento
Dirección
Código postal
Estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico vivi.lad@hotmail.com
Teléfono
Celular 3184021598
Nivel Educativo



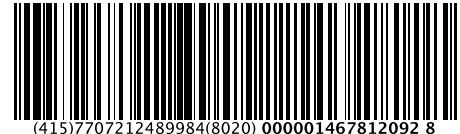
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14678120928



(415)7707212489984(8020) 000001467812092 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 3 1 6 4 3 6

6. DV

- 4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

5 2 3 1 6 4 3 6

27. Fecha expedición:

1 9 9 5 0 4 0 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

LADINO

32. Segundo apellido

GALINDO

33. Primer nombre

SANDRA

34. Otros nombres

VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio:

Mosquera

4 7 3

41. Dirección principal

CR 14 9 88 SUR TO 3 AP 601

42. Correo electrónico:

vivi.lad@hotmail.com

43. Código postal

3 1 8 4 0 2 1 5 9 8

44. Teléfono 1:

3 1 8 4 0 2 1 5 9 8

45. Teléfono 2:

3 1 8 4 0 2 1 5 9 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 0 1 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

4 9 2 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 2 0 2 0 1

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

1 2

52. Número establecimientos

1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 2 0 0 2 1 1

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LADINO GALINDO SANDRA VIVIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 217016088



WEB

09:18:17

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de febrero del 2023

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) SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52316436:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

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.

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 08 de marzo de 2023, a las 15:51:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52316436
Código de Verificación	52316436230308155144

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:23:19 AM horas del 21/02/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52316436**

Apellidos y Nombres: **LADINO GALINDO SANDRA VIVIANA**

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.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/02/2023 10:02:32 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52316436** y Nombre: **SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO**.

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. **52855101**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir



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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICIA



Hace constar que:

SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO

C.C 52316436

Ha cursado y completado todos los requisitos del curso virtual

SOPORTE CARDIOVASCULAR BÁSICO Y AVANZADO

En constancia se expide en la ciudad de Bogotá a los 21 días del mes de
julio del año 2021 - Horas certificadas: 48

Certificación valida por 2 años

Dra. Luz María Gómez Buitrago
Subdirectora Científica - Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

Nestor Eduardo Gómez
Gerente - CORE Servicios

Gracias por tu compra

Hola SANDRA,

Hemos terminado de procesar tu pedido.

[Pedido #4854] (1 marzo, 2023)

Producto	Cantidad	Precio
Humanización de servicios de salud	1	\$ 60,000
Group Enrollment: no		
Subtotal:		\$ 60,000
Método de pago:		Tarjeta de Crédito
Total:		\$ 60,000

documento: 52316436

Dirección de facturación

SANDRA LADINO
CARRERA 9 N 2-25
CASA 103
MADRID
Cundinamarca
3184021598
vivi.lad@hotmail.com

Gracias por tu compra.



Nit: 899999151-3

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE
FACATATIVÁ
SUBGERENCIA DE SERVICIO DE SALUD**



**EL SUSCRITO FACILITADOR Y REFERENTE DE LA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA
EN EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

CERTIFICA QUE

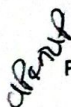
**SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO
C.C. N° 52316436**

**PARTICIPO EN LAS ACTIVIDADES DE INFORMACION Y
CAPACITACION DEL DOCUMENTO GUIA INSTITUCIONAL DE
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL**

**PARA LO CUAL CONOCE EL DOCUMENTO Y LO APLICA EN LO
PROPIO DE SU CARGO Y PERFIL PROFESIONAL Y TECNICO
PARA LA ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL**

**DADO EN FACATATIVA A LOS 25 DIAS DEL MES DE JUNIO
DEL AÑO 2018**


**MIGUEL ANGEL CASTRO FLORIAN
FACILITADOR Y REFERENTE DEL PROGRAMA DE ATENCION
INTEGRAL A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**



Visto Bueno UNIDAD FUNCIONAL DE EDUCACION.
Prueba de evaluación con puntaje aprobatorio del 2/23/2018 8:10:20 AM
423-2018



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 52,316,436 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento CUNDINAMARCA Municipio MADRID

Dirección CARRERA 9 n 2 -25 Teléfonos 3184021598

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FROILAN LADINO RODRIGUEZ	17,188,573	PADRE
ELIZABETH GALINDO DE LADINO	41,427,721	MADRE
MARIA ALEJANDRA DEL BASTO LADINO	1,022,351,648	HIJA
SANTIAGO DEL BASTO LADINO	1,027,288,059	HIJO
VICTOR MANUEL LADINO GALINDO	79,428,500	HERMANO
JAIRO ALBERTO LADINO GALINDO	79,468,866	HERMANO
ELIZABETH GALINDO LADINO GALINDO	52,111,864	HERMANA
FROILAN ENRIQUE LADINO GASLINDO	1,033,703,287	HERMANO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	6,000,000
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 6,000,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	849-187071-73	VILLAVICENCIO	\$ 4,036,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	APARTAMENTO	\$ 200,000,000
CARRO	HYUNDAI CRETA	\$ 50,000,000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES	
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:	
ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:	
CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE MARIO DIDER DEL BASTO SEPULVEDA	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☒ C.E. T.I. 79842257

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades economicas de caracter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que ne venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA	
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	MADRID, 21/02/2023 CIUDAD Y FECHA

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

Certificado internacional de la vacunación o de la profilaxis
International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)

Sandra Viviana Jardino
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento

18/03/77

date of birth / né(e) le

Sexo

F

Sex / de sexe

Nacionalidad

Colombiana

nationality / et de nationalité

Documento nacional de identificación

52.316.436

national identification document / document d'identification national

Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable
<u>Fiebre Amarilla</u>	<u>11/04/14</u>	<u>John Chidiak</u>

Certificado de Vacunación

Institución:

Sandra Viviana Jardino

Nombre:

52 316 436

Tel:

Identificación:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
<u>Hep B 1</u>		<u>12/06/19</u>	<u>1434028-02</u>	<u>tefe</u>
<u>Hep B 2</u>		<u>13/08/19</u>	<u>1434028-02</u>	<u>tefe</u>

Cortesia de Sanofi Pasteur

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

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido desde: hasta:	Sello oficial del centro de vacunación
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from: until:	Official stamp of the administering centre
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable à partir du: jusqu'à:	Cachet officiel du centre habilité
<u>Sanofi K5008</u>		<u>FAC APIAY</u>



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
arampion - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	<u>25-9-20</u>	<u>2337X01803</u>	<u>Hefee</u>
	5			
TdaP acelar	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3	<u>09 OCT. 2020</u>	<u>VFX14007</u>	<u>compensat</u>
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	<u>25-9-20</u>	<u>V5022004</u>	<u>Hefee</u>
Otras		<u>17-DIC-2022</u>	<u>V5022006</u>	<u>Hefee</u>

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	<u>10/03/21</u>	<u>SINOVAC</u>	<u>120210100</u>	<u>HSRF</u>	<u>Pilar Ramirez</u>	<u>35521393</u>
	2	<u>07/04/21</u>	<u>SINOVAC</u>	<u>1202103005</u>	<u>HSRF</u>	<u>Pilar Ramirez</u>	<u>35521393</u>
		<u>13/10/22</u>	<u>CoronaVac COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated</u>	<u>B202109140</u>	<u>ESM CAMAN.</u>	<u>Julián Castro Fonseca</u> Enfermero SSO FAC C.C. 1002539100	

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Madrid, 08/03/2023

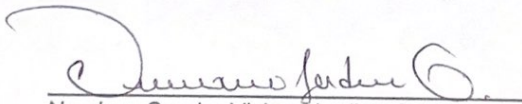
Señores
MDN-FAC-DGSM-CAMAN-ESM
Madrid - Cundinamarca.

Proceso de Contratación Directa No. 008

Yo, Sandra Viviana Ladino Galindo, Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de persona natural de profesión liberal, manifiesto que:

- 1 Apoyo la acción del Estado colombiano y del MINISTERIO para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
- 2 Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no estoy en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de mi capacidad jurídica para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación previamente referido.
- 3 Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, cohechos o cualquier forma de halago, retribución o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.
- 4 Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
- 5 Me comprometo a revelar la información que sobre este Proceso de Contratación me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
- 6 Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento



Nombre: Sandra Viviana Ladino Galindo
Cargo: Médico General
Documento de Identidad: 52'316.436 de Bogotá

COMPROMISO ANTISOBORNO

El Ministerio de Defensa Nacional, ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Sandra Viviana Ladino Galindo mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 52'316.436, expedida en Bogotá, en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato 008 , Persona Natural. De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEREA COLOMBIANA- COMANDO AEREO DE MENTENIMIENTO**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

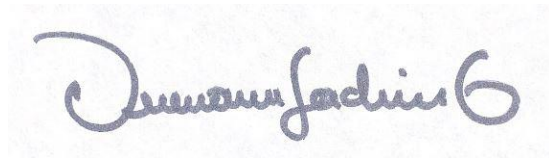
1. Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.
2. Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dádivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.
3. Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.
4. Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.
5. Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.
6. Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.
7. Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.
8. Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.
- 10 Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

“ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS”

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

- 11 Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.
- 12 Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.
 - ✓ Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co
antisoborno@mindefensa.gov.co
 - ✓ Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
 - ✓ Buzones físicos en punto de atención presencial.
 - ✓ APP: Mindefensa.
 - ✓ Sede electrónica: <https://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home>
- 13 Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.
- 14 Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.
- 15 Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.
- 16 Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Madrid - Cundinamarca; a los ocho (08) días del mes de marzo del año 2023 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.



FIRMA: Sandra Viviana Ladino Galindo
C.C.52'316.436

“ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS”

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

ANEXO - AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señores
Fuerza Aérea Colombiana
Base Aérea de Madrid
Madrid, Cundinamarca

Cumpliendo la Ley 1581 de 2012 “Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales” y conforme al Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por MINISTERIO DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN de lo siguiente:

- 1) La MINISTERIO DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA- ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en el numeral 5.1.4, numerales 2, 5, 6 y 7 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas.

Finalidad	Autoriza	
	SÍ	NO
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.		

- 2) Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.
- 3) Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el numeral 5.1.4, numerales 2, 5, 6 y 7 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

Derechos del titular

Sus derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

- a) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.

“ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS”

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co

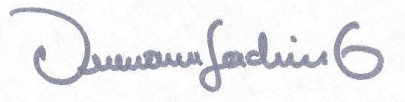
- b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.
- c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.
- f) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Estos derechos los podré ejercer mediante los canales o medios dispuestos por el MINISTERIO DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA para la atención al público, la línea de atención en Bogotá 3159800 ext 60015 – 60016 o al nivel nacional 018000115010, el correo electrónico atencionusuario@fac.mil.co y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.fac.mil.co.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a MINISTERIO DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en https://www.fac.mil.co/sites/default/files/linktransparencia/Planeacion/politicas/politica_de_tratamiento_de_datos_personales_fac_f.pdf y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Nombre: Sandra Viviana Ladino Galindo



Firma:

Identificación. 52°316.436

Fecha: 08-03-2023

“ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS”

Línea Anticorrupción Fuerza Aérea Colombiana 163
Carrera 54 No. 26-25 CAN – Conmutador 3159800 Bogotá, Colombia.
www.fac.mil.co



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

04/03/2023



169883289

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ Beneficiario o Afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Lodiño Segundo Apellido: Galindo Primer Nombre: Sandra Segundo Nombre: Viviana	7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC 52316436	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1'200.000	18. Residencia Dirección: Cía 9 No 225 Teléfono Celular: 3184021598 Correo Electrónico: vivi.lod@hotmai.com Municipio / Distrito: Madrid Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Localidad / Comuna: Condina marca Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante				
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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
--	----	----	----	----	----

Datos Complementarios

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	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS) UAP Madrid
--	---

- Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de Identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de Identificación
39. Ubicación Dirección		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento
		Teléfono Fijo	

40. Tipo de Novedad		B. REPORTE DE NOVEDADES	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.		☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN RC TI CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
		Fecha de nacimiento	42. Fecha
		DD MM AAAA	DD MM AAAA
43. EPS anterior <i>regimen especial</i>		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <i>X</i>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS	
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad TOTAL ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	
		68. Fecha de Radicación 69. Fecha de Validación	
		DD MM AAAA DD MM AAAA	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento		Número de documento de identidad	
		71. Firma del Funcionario	
Observaciones: <i>Independiente</i>			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>E2112M</i> <i>1:03p</i>	Sello de Radicación: 01 MAR 2023 RECIBIDO POR:

39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
---------------	-----------	---------------	--------------------	----------------------	--------------

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52316436**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Certificado Bancario

Miércoles, 8 de marzo de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SANDRA VIVIANA LADINO GALINDO identificado(a) con CC 52316436, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84918707173	2014/01/22	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Madrid, Cundinamarca,

Señores

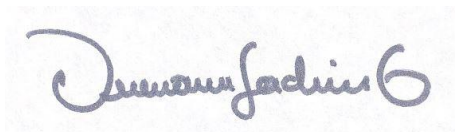
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR-1882 CAMAN-ESUFA

Madrid, Cundinamarca

Asunto: Cotización

La suscrita Sandra Viviana Ladino Galindo identificada con la cédula de ciudadanía N°52'316.436 de Bogotá, residente en la ciudad de Madrid, departamento de CUNDINAMARCA, obrando en nombre propio, actuando en calidad de proponente, me permito someter para su consideración la propuesta para cargo de Médico General, cuyo desarrollo está previsto en el ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR-1882 CAMAN-ESUFA. El valor de la propuesta es de treinta y tres millones, cuarenta y siete mil, doscientos cuarenta PESOS m/cte. (\$33'047.240), por un tiempo de 10 meses de acuerdo con la forma de pago propuesta por ustedes.

Igualmente, manifiesto que tengo conocimiento de la pre-cotización, las especificidades técnicas y demás términos del futuro contrato, estoy de acuerdo con su contenido, que lo he estudiado, y que acepto todo lo que ellos contienen en relación con esta contratación.



Nombre: Sandra Viviana Ladino Galindo

Cargo: Medico General

Documento de Identidad: 52'316.436 de Bogotá