



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL  
EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 8.0

Fecha: 12/01/2022

Página: 1 de 2

NOMBRE COMPLETO:

Ingrid Sofia Guerrero Rodriguez

IDENTIFICACIÓN:

1.000.123.925

OBJETO CONTRATO:

Auxiliar Administrativo

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida -Estado del estudio seguridad del aspirante a contratar, en caso de estar en trámite se debe informar a SAF el resultado final		
2	Estudio Previo acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
3	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)		
4	Solicitud de Oferta acuerdo formato establecido proceso Gestión Contractual		
5	Formato Único Hoja de Vida Persona Natural - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP ( <a href="http://www.sigep.gov.co">www.sigep.gov.co</a> )	✓	
6	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de Diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.)	✓	
7	Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
8	Fotocopia Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
9	Fotocopia Libreta Militar (Si aplica)	N/A	
10	Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.antecedentes.policia.gov.co">www.antecedentes.policia.gov.co</a> )	✓	
11	Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.inhabilidades.policia.gov.co">www.inhabilidades.policia.gov.co</a> ). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
12	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional ( <a href="http://www.policia.gov.co">www.policia.gov.co</a> – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. no superior a 30 días	✓	
13	Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.procuraduria.gov.co">www.procuraduria.gov.co</a> )	✓	
14	Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 30 días ( <a href="http://www.contraloria.gov.co">www.contraloria.gov.co</a> )	✓	
15	Fotocopia Diploma Bachiller o Acta de Grado.	✓	
16	Fotocopia Diploma o Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	✓	
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)	N/A	
18	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)	N/A	
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).	N/A	
20	Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS). (Si Aplica) <i>Nota: "Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.</i>	N/A	
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo expedido por la Secretaría de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. (Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS). <i>Nota: El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.</i>	N/A	





ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL  
EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 8.0

Fecha: 12/01/2022

Página: 2 de 2

Nº	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
22	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente (Aplica para el personal asistencial de los servicios de consulta externa, atención prioritaria, urgencias y hospitalización).	N/A	
23	Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias).	N/A	
24	Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018) Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.	N/A	
25	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias y traslado asistencial básico).	N/A	
26	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y servicio de urgencias).	N/A	
27	Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio).	N/A	
28	Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente. (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).	N/A	
29	Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas). (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM).	N/A	
30	Fotocopia Certificado Entrenamiento Especifico en Unidad de Cuidado Intensivo vigente. (Aplica para el personal de Médicos Generales, Médicos Anestesiólogos, Médicos Cirujanos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).	N/A	
31	Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente. (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)	N/A	
32	Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)	N/A	
33	Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización).	N/A	
34	Certificado gestión del duelo vigente (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC).	N/A	
35	Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente (Personal asistencial del servicio de vacunación).	N/A	
36	Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).	N/A	
37	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
38	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
39	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA Código: MDN-COGFM-PTOATH-DIGSA-PT-95.1-18-V3) Verificación ( <a href="http://www.PAI.web">www.PAI.web</a> (A Nivel Nacional) – <a href="http://www.PAI2.0">www.PAI2.0</a> (Bogotá D.C.)	✓	
40	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
41	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural	✓	
42	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Fotocopia de formato datos básicos beneficiario cuenta SIIF diligenciado.	✓	
44	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista.	En Proceso	

Nota: Los documentos que NO se requieran para el objeto a contratar, registrar "No Aplica" en la Columna de Verificación.

93 Arango Cristhyan	CC Edison Paez
Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	Grado y Nombre del Subdirector Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM

Ciudad y fecha de verificación: Bogotá - 17/10/25



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

[Empty box for receiving entity]

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Guerrero		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rodríguez		NOMBRES Ingrid Sofia	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1000123925			GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>			NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 29 MES 03 AÑO 1999			CALLE 101A 1B 14 ESTE		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ. D.C.
DEPTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			TELÉFONO 3227352813		EMAIL sofiaguerrero880@yahoo.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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	2016	
										<input checked="" type="checkbox"/>		12		

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4		X	TECNICO LABORAL EN ASISTENTE ADMINISTRATIVO			

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)



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
LANET	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	640	X		AUXILIAR ADMINISTRATIVO	12	2016
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa - NIVEL BASICO	09	2023

4

IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 MYM ASESORES Y CONSULTORES				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3227252813			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	02	Año	2022	Día	15	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 9 13 13 OFICINA 314						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD UNES COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3227352813			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	08	Año	2020	Día	12	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 32 25B 75						



FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá D.C. 29-09-2025  
INGRID GUERRERO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

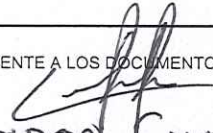
9

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.

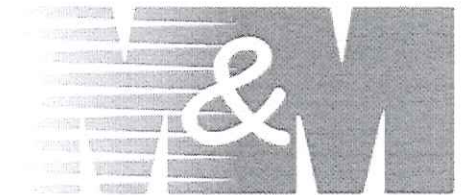
Bogotá - 17/10/25

Ciudad y fecha

  
G3 Arango Cruthyan

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





**Asesores – Consultores**

N.I.T. 900.449.154.9

EL SUSCRITO GERENTE

**CERTIFICA:**

Que la señora **INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ**, identificada con C. C. 1.000.123.925 de BOGOTA, está vinculada a esta empresa mediante orden de prestación de servicios, con un objeto contractual de organizar archivo, organizar bases de datos, y atención al cliente, devengando un salario básico mensual de \$2.400.000.00 m/cte, desde el 15 de febrero del año 2022 hasta el día 15 de agosto del 2025, con un tiempo de prestación del servicio de 44 horas semanales.

La presente se expide a solicitud de la interesada, firma a los 25 días del mes de septiembre del año 2025.

ANGEL AUGUSTO CONTO MUÑOZ  
GERENTE GENERAL  
CELULAR 313 8867121



UNION NACIONAL DE SERVIDORES PUBLICOS DE LOS **2025**  
DISTRITO Y MUNICIPIOS DE COLOMBIA UNES  
COLOMBIA

---

*Personería Jurídica 1470 de 2000 expedida por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
Bogotá D. C. - Colombia Tel 3234997382 e-mail unes.colombia@gmail.com*

---

LA PRESIDENTE NACIONAL DE LA UNION DE SERVIDORES PUBLICOS DE LOS  
DISTRITOS Y MUNICIPIOS DE COLOMBIA **UNES COLOMBIA**

**CERTIFICA:**

Que la compañera INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ, identificado con C. C. 1.000.123.925 de Bogotá es Auxiliar Administrativa desde el 05 de agosto del año 2020, hasta el día 12 de enero del 2022 ejerciendo las funciones de atención al cliente, gestión documental, asistencia administrativa, organización y diligenciamiento de base de datos.

En constancia firma,



MARIA HILDA MUÑOZ MORA  
C.C. 39.521.490  
Presidente Nacional  
Representante Legal



Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
INGRID	SOFIA	GUERRERO	RODRIGUEZ

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 2024 fueron:



CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$31.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$31.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:









POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INICIO

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:47:12 AM horas del 04/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1000123925**

Apellidos y Nombres: **GUERRERO RODRIGUEZ INGRID SOFIA**

### **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.



Dirección: Avenida El Dorado #  
75 – 25 barrio Modelía,  
Bogotá D.C.

Atención administrativa:  
Lunes a Viernes 8:00 am a  
12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al  
ciudadano: 51 59700 ext.  
30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910  
112

E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



GOV.CO

la República



Presidencia de

Defensa Nacional



Ministerio de

de Contratación



Portal Único

Todos los derechos reservados.

GOV.CO GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:48:54 horas del 04/11/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000123925**,  
Apellidos y Nombres **GUERRERO RODRIGUEZ INGRID SOFIA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DMBOG**, con NIT **901541302-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/11/2025 11:50:00 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1000123925** y Nombre: **INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ.**

### 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. **125972185** . 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.

515 9000



Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 283704507**



PIB  
11:53:02  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de noviembre del 2025

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) INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000123925:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**  
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.





CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de noviembre de 2025, a las 11:51:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000123925
Código de Verificación	1000123925251104115130

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado

Generó: WEB







**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 1000123925 **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 04/11/2025 02:26 PM



Código Verificación: 95LB3QY8K7

Válida hasta: 02/02/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**





# La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

## Colegio Dios es Amor

Lucero Alto

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá  
Según Resolución N° 19 - 013 de Febrero 12 del 2009

Confiere a:

### Ingrid Sofía Guerrero Rodríguez

T.I. N° 1000123925 de Bogotá


El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Média Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes del M.E.N.

Dada en Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Diciembre de 2016

  
Gloria Cecilia Izama Bustos.  
C.C. 52.128.689 de Bogotá  
Rectora.

  
Rosa Helena Calderón R.  
C.C. 52.370.498 de Bogotá  
Secretaria Académica.



*No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.*

Corporación Dios es Amor





# Colegio Dios es Amor

Lucero Alto

Aprobación oficial Según Resolución N° 19 - 013 del 12 de Febrero de 2009  
expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá.

Libro No. 08  
Folio No. 14  
Acta No. 14

## Acta Individual De Grado

En la ciudad de Bogotá a los 02 días del mes de Diciembre de 2016 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los (as) Estudiantes de último grado, los suscritos, Rector y secretaria en la Rectoría del COLEGIO DIOS ES AMOR LUCERO ALTO Jornada única. Institución autorizada en los niveles de Proescolar, Educación Básica y Media hasta Grado Once, por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. - Dirección Local de Educación 19 - Ciudad Bolívar, para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, Según Resolución N° 19 - 013 del 12 de Febrero de 2009.

Comprobada la Situación legal y académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar El Título de:

**BACHILLER ACADEMICO**

Al graduando cuyos Nombres, Apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación:


**Ingrid Sofía Guerrero Rodríguez**


T.I. N° 1000123925 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original No. 14 de fecha 02 de Diciembre de 2016, que consta de 34 estudiantes y comienza con el nombre de: Alarcón Herrera Diego Alejandro y cierra con el nombre de Velandia Carranza Dayann Stefanny.

Dado en Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Diciembre de 2016

No Requiere Registro de la Secretaria de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995: de la presidencia de la Republica.

  
GLORIA CECILIA LEZAMA BUSTOS  
C.C. 52.128.889 DE BOGOTÁ  
RECTORA.

  
ROSA HELENA CALDERÓN R.  
C.C. 52.370.498 DE BOGOTÁ  
SECRETARIA ACADÉMICA.



# CENTRO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO LANET

Institución Educativa aprobada por la secretaría de educación de Bogotá,  
mediante resolución oficial No. 08-0442 y con NIT No. 830.017.446 - 7



**LANET**  
CONOCIMIENTO PARA LA ERA DE LA  
INFORMACIÓN



En convenio con CDA Colombia - PTI

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional en:  
Técnico Laboral por Competencias

**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

A:

**INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ**

T.I. 1000123925

Por cumplir con los requisitos del programa en el convenio de articulación con la educación media Colegio  
Progressa CDA Lucero, con una duración de 640 Horas en el periodo comprendido  
entre el 24 de Febrero de 2015 al 30 de Noviembre de 2016.

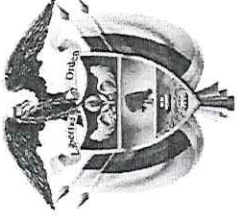
Dado en Bogotá DC, a los 2 días del mes de Diciembre de 2016



Director Formación Lanet

Director PTI





Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015*

*otorga  
Certificado de Competencia Laboral a*

**INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ**

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1000123925

Quien demostró su Competencia Laboral en la  
*Norma*

**Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa - NIVEL BASICO**

*Código: 210601020 - Versión: 2*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintuno (21) días del mes de Septiembre de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

1689278 - 21/09/2023  
No Y FECHA REGISTRO

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS  
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940400210601020232CC1000123925C.



EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000123925, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251024	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Octubre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIEN CORRESPONDE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 30405421





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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.123.925**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.





PROCESO Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.  
 Formato requisitos de vacunación personal con actividades administrativas de archivo DIGSA  
 Código MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-112  
 Vigente Agosto de 2023

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO**

- Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
  2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
  3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
  4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
  5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
  6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario.

**I. DATOS PERSONALES**

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al género del aspirante.

Apellidos: GUERRERO RODRIGUEZ Nombres: INGRID SOFIA  
 N° de Documento: 1.000.123.925 Edad: 28 AÑOS  
 Género:  Mujer  X  Hombre   
 Profesión u ocupación: TECNICO ASISTENTE ADMINISTRATIVO Número de contacto: 322735813  
 Correo electrónico: sofiaaguerrero880@yahoo.com

**II. DATOS LABORALES**

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal está realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación

DIGSA  DISAN EJC  DISAN ARC  JEFSA FAC

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA

Cargo al que aspira: AUXILIAR DE HISTORIAS CLINICAS DMBOG

**III. TIPO DE VINCULACIÓN**

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA  Servicio Social Obligatorio (SSO)  Prestación de Servicio (OPS)  X

**IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

**V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ARCHIVO**

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social; si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A	
Toxide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	27/10/2015	
			2da	SI	27/11/2015	
			3ra	SI	12/01/2016	
			4ta	SI	7/09/2023	
			5ta	SI	30/09/2025	
	Hombre		1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema			
			1ra			
			2da			
			3ra			
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema			

OBSERVACIONES:

**VII. FIRMA DE COMPROMISO**

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI  NO  X

**VIII. APROBACIÓN**

Marque con una (X) SI el aspirante o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI  NO

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

*H. Sandoval A.*  
 Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

S1 BARRIO NIÑO YEIMY  
 LIDERES DMBOG  
 Firma Responsable del área de DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

**INGRID GUERRERO**  
 Firma del aspirante





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011756001

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de septiembre de 2025 11:30 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1000123925
Nombres y Apellidos:	INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:	29/03/1999

Hepatitis A, Hepatitis B	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	27/10/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA
	Segunda dosis	27/11/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2251	ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA
	Cuarta dosis	07/09/2023	Toxoide Tetánico y diftérico	2331L027C	Centro de Salud Villa Javier
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011756001

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de septiembre de 2025 11:30 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1000123925
Nombres y Apellidos	INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:	29/03/1999

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	BCG	Única			
COVID - 19	Primera dosis	19/08/2021	Oxford-AstraZeneca AZD 1222	77785	CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACION Y MEDICINA DEL TRABAJO
	Segunda dosis	29/10/2021	Oxford-AstraZeneca AZD 1222	PW40025	CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACION Y MEDICINA DEL TRABAJO
DPT	Única				
DPT Acelular	Tercera dosis	12/01/2016	Bostrix - GSK	AC37B155BA sep-16	ASISTIR SALUD SAS CANDELARIA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110011756001

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de septiembre de 2025 11:30 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1000123925
Nombres y Apellidos	INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento:	29/03/1999

Toxoide Tetánico	Cuarta dosis				
	Quinta dosis	30 SEP 2025	2334XCOGA	Compensar	PAOLA BERNAL
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				



## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA 115

DIRECCIÓN: Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 7443001

EMAIL: daniela.preciado@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-09-30

**Nombres y apellidos:** INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ  
**Fecha de nacimiento:** 29/03/1999  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:** CONTRATISTA  
**Departamento:** BOGOTÁ D.C.  
**ARL:**  
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR

**CC:** 1000123925  
**Edad:** 26 **Sexo:** FEMENINO  
**Fecha ingreso:** 2025-09-30 / 03:23:50  
**Fecha salida:** 2025-09-30 / 03:31:25  
**Actividad Económica:** 9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.  
**EPS:** COMPENSAR E.P.S.



### EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN OPTOMETRICO

### CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

### RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Viviana Estherchi Guerrero Orcasitas  
Médico Especialista SST  
Resolución No 241491 de 29/04/2025

VIVIANA ESTHERCHI GUERRERO  
ORCASITAS  
CC: 1118886544  
RM: 1118886544  
LIC-SST: 24849  
Firma y sello del médico

INGRID SOFIA GUERRERO

INGRID SOFIA GUERRERO  
RODRIGUEZ  
CC: 1000123925  
Firma del paciente

SI BARRIO NIÑO YEIMY  
LICER SST DMBOG  
C.C. 52.953.075  
16/10/25

### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



### RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA 115

DIRECCIÓN: Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 7443001

EMAIL: daniela.preciado@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-09-30

**Nombres y apellidos:** INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ  
**Fecha de nacimiento:** 29/03/1999  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:** CONTRATISTA  
**Departamento:** BOGOTÁ D.C.  
**ARL:**  
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR

**CC:** 1000123925  
**Edad:** 26 **Sexo:** FEMENINO  
**Fecha ingreso:** 2025-09-30 / 03:23:50  
**Fecha salida:** 2025-09-30 / 03:31:25  
**Actividad Económica:** 9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.  
**EPS:** COMPENSAR E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.  
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:



Viviana Estherchi Guerrero Orcasitas  
Médico Especialista SST  
Resolución No 24849 de 25/04/2025

VIVIANA ESTHERCHI GUERRERO  
ORCASITAS  
CC: 1118886544  
RM: 1118886544  
LIC-SST: 24849  
Firma y sello del médico



INGRID SOFIA GUERRERO  
RODRIGUEZ  
CC: 1000123925  
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



**EXAMEN OPTOMETRICO**

● **SEDE:**CENDIATRA 115

📍 **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro

📍 **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

☎ **TELÉFONO:**7443001

✉ **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com

📅 **FECHA EXAMEN:**2025-09-30

**CC:**1000123925

**Nombres y apellidos:**INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ

**Fecha de nacimiento:**29/03/1999

**Edad:**26 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +

**Teléfono:**1

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**BOGOTÁ D.C.

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONTRATISTA

**Fecha ingreso:**30/09/2025

**Fecha salida:**30/09/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

**EPS:**COMPENSAR E.P.S.



**ANTECEDENTES PERSONALES**

**SECCIÓN 1**

DIABETES:	NO
CIRUGÍA OCULAR:	NO
GLAUCOMA:	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO
ALERGIAS:	NO
OTROS:	NO
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	NO

**MOTIVO DE CONSULTA**

**SECCIÓN 1**

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



OTROS:

	<b>AGUDEZA VISUAL</b>
<b>VISIÓN LEJANA</b>	
SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	
<b>VISIÓN PRÓXIMA</b>	
SIN CORRECCION OD:	0.50 CM.
CON CORRECCION OD:	
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.
CON CORRECCION OI:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	
<b>ESTENOPEICO</b>	
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

	<b>EXAMEN EXTERNO Y MOTOR</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	
OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

	<b>COVER TEST</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	
LEJOS:	ORTHO
CERCA:	
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.R.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

	<b>QUERATOMETRÍA</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	
OD QUERATOMETRÍA:	
OI QUERATOMETRÍA:	

	<b>OFTAMOLSCOPIA</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	
OD OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	NORMAL

	<b>REFRACCIÓN</b>
<b>OJO DERECHO</b>	
ESTÁTICA:	+0.50
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	
<b>OJO IZQUIERDO</b>	

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:



ESTÁTICA: +0.75  
DINÁMICA:  
CICLOPLEJÍA:

**TEST ADICIONALES**

**SECCIÓN 1**  
TEXT ADICIONALES: NO  
VISIÓN CROMÁTICA: NORMAL  
ESTERIOPSIS: NORMAL  
TITMUS: NO

**RX EN USO**

OD:

OI:

**DIAGNÓSTICO**

**SECCIÓN 1**  
DIAGNÓSTICO 1: Z1010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN  
DIAGNÓSTICO 2:  
DIAGNÓSTICO 3:  
DIAGNÓSTICO 4:  
DIAGNÓSTICO 5:  
OBSERVACIONES: ESTADO VISUAL OPTIMO

**RECOMENDACIONES**

**SECCIÓN 1**  
REQUIERE FORMULA: NO  
CONTROL ANUAL: SI  
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA: NO  
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: NO

*Valente*  
Paula Valentina Romero Olarte  
Oftalmóloga  
T.P.: 1000810147

PAULA VALENTINA ROMERO  
OLARTE  
CC: 1000810147  
RM: N/A  
LIC-SST: N/A  
Firma y sello del médico

*Ingrid Guerrero*

INGRID SOFIA GUERRERO  
RODRIGUEZ  
CC: 1000123925  
Firma del paciente

*S1 BARRETO NIÑO YEIMY*  
LICER SST DMBOG  
C.C. 52.953.075  
16/10/15.

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:







El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que INGRID SOFIA GUERRERO RODRIGUEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.000.123.925 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 043932151, abierta/o desde el 23/4/2025.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Noviembre del año 2025 con destino a: A quién interese




\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada



FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMATO ANEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA			
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014	
CIUDAD: <u>Bogotá DC</u>		FECHA: <u>29-09-2015</u>	
Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.			
<b>I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR</b>			
<b>PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA</b> Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)	<b>PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA</b> Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista). Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.		
<b>CONSORCIO O UNION TEMPORAL</b> Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal. Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal	Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.		
Los terceros naturales nacionales o extranjeros, jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparezca registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.			
<b>II. INFORMACION BASICA</b> DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: <u>Ingrid Sofia Guerrero Rodriguez</u>			
Tipo documento de identificación:			
Cédula de Ciudadanía:	<input checked="" type="checkbox"/>	No. <u>1000123925</u>	
Cédula de Extranjería:	<input type="checkbox"/>	No. _____	
Nit Persona Juridica:	<input type="checkbox"/>	No. _____	
Nit Persona Natural:	<input type="checkbox"/>	No. _____	
Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	No. _____	
Registro Civil:	<input type="checkbox"/>	No. _____	
Tarjeta de Identidad:	<input type="checkbox"/>	No. _____	
Otro Tipo Documento:	<input type="checkbox"/>	No. _____	Cuál: _____
<b>III. INFORMACION PARTICIPANTES</b> CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES			
PORCENTAJE DE PARTICIPACION: _____			
NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES: _____			
<b>IV. DATOS INFORMACION GENERAL</b> TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL			
Sociedad Anónima <input type="checkbox"/>	Cooperativa <input type="checkbox"/>	Empresa Ind. Y Cial del Estado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/>	Empresa Unipersonal <input type="checkbox"/>	Asociaciones Mutualistas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad Comandita por Acciones <input type="checkbox"/>	Empresa Comunitaria <input type="checkbox"/>	Fondos de Empleados de Instituto de Economía Solidaria <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad Comandita Simple <input type="checkbox"/>	Empresa de Servicio <input type="checkbox"/>	Precooperativa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad de Economía Mixta <input type="checkbox"/>	Entidad Pública <input type="checkbox"/>		
Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/>	Empresa Solidaria de Salud <input type="checkbox"/>		
Sociedad Limitada <input type="checkbox"/>	Entidad sin Animo de Lucro <input type="checkbox"/>		
Sociedad Sucursal Extranjera <input type="checkbox"/>	Federación o Confederación <input type="checkbox"/>		
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS) <input type="checkbox"/>	Cooperativa de trabajo asociado <input type="checkbox"/>		
TIPO DE CAPITAL <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> MIXTO	<input type="checkbox"/>	ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO <input type="checkbox"/> PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> %		

V. INFORMACION TRIBUTARIA			
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA			
ICA	<input type="checkbox"/>	IMPUESTO TIMBRE	<input type="checkbox"/>
RENTA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE ICA	<input type="checkbox"/>
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	<input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE IVA	<input type="checkbox"/>
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>		
INFORMACION EXOGENA	<input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN COMUN	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
REGIMEN ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
ENTIDAD DEL ESTADO	<input type="checkbox"/>	RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>
AUTORRETENEDOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
VI. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	<input type="checkbox"/>
DIRECCION PROCESAL	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO FISCAL	<input type="checkbox"/>
DOMICILIO CONTRACTUAL	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>
Dirección	Calle 101 A #18-14 Este 13 Via Alameda		Teléfono 3227352813.
E-mail	sofiaquenero880@yahoo.com		Fax
País	Colombia		Región
Ciudad	Bogotá D.C.		
Localización	Nacional <input type="checkbox"/>	Extranjera	<input type="checkbox"/>
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			
VII. REPRESENTANTE LEGAL			
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Revisor Fiscal	<input type="checkbox"/>	Tutores y Curadores por los incapaces	<input type="checkbox"/>
Albaceas	<input type="checkbox"/>	Mandatarios o Apoderados Generales	<input type="checkbox"/>
Representante legal de Personas Jurídicas	<input type="checkbox"/>	Padres por su hijos menores	<input type="checkbox"/>
Donatorios o Asignatarios	<input type="checkbox"/>	Nombre Representante Legal:	
Otros	<input type="checkbox"/>	Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	
VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA			
		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Entidad Financiera	Banco de Bogotá	Número de Cuenta	043932151
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorro	<input checked="" type="checkbox"/>
 NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)			
NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.			
NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.			
NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.			



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 01/01/2013

YO Ingrid Sofía Guerrero Rodríguez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1000123925, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN) me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN) o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN), por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

- Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).
- No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).


Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN); adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

INGRID SOFÍA GUERRERO RODRÍGUEZ  
c.c. 1000123925

CONTRATISTA



	ARMADA NACIONAL	
	DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL	
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTISOBORNO	
Versión: 1.0	Fecha: 04/11/2022	Página 1 de 2


### COMPROMISO ANTISOBORNO

El **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico nivel II Bogotá**, 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, Ingrid Sofía Guerrero Rodríguez mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 71000123925, expedida en Bogotá en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato \_\_\_\_\_ Representante legal \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ Contrato MDN- \_\_\_\_\_ 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–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico nivel II Bogotá**, 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, dadas, 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.

	<b>ARMADA NACIONAL</b>		
	<b>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>		
	<b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		
	<b>COMPROMISO ANTISOBORNO</b>		
	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha: 04/11/2022</b>	<b>Página 2 de 2</b>

- 8) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.
- 9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.
- 10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.
- 11) 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](mailto:lineadelhonor@mindefensa.gov.co) - [antisoborno@mindefensa.gov.co](mailto: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: [tps://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home](https://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home)
- 12) 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.
- 13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.
- 14) 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.
- 15) 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 Bogotá D.C., a los (29) días del mes de 09 del año 2025 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

INGRID GUERRERO

FIRMA

c.c. 1000123925



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL  
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 20/02/2015

El(los) suscrito(s) a saber Ingrid Sofia Guerrero Rodriguez, domiciliado en Bogotá, identificado(s) con CC. 1000123925 de Bogotá respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL  o JURÍDICA  (marque con X), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se registrá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscare financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

#### CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de

Bogotá D.C.

a los 29 días, mes 09 del 2025

INGRID GUERRERO

c.c. 1000123925