FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PEREZ	GUZMAN	STEPHANIE PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.129.580.892

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 21 MES 09 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 35 D # 79B-39

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

TELÉFONO 3154365469 EMAIL sppgz.co@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES 11 AÑO 2003

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		ADMINISTRADORA DE EMPRESAS	12	2021	
TC	5	X		COMERCIO EXTERIOR	08	2008	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD *GRUAS Y EQUIPOS DEL NORTE*	*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *ATLANTICO*	*MUNICIPIO* *BARRANQUILLA*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS *3024183369*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 17 MES 09 AÑO 2024	*FECHA DE RETIRO* DÍA 16 MES 09 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO *AUXILIAR ADMINISTRATIVA*	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN* *KM1 VIA GALAPA*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD *TRANSPORTE DE MATERIALES Y CONSTRUCCIONES AREVALO*	*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *ATLANTICO*	*MUNICIPIO* *BARRAQNUILLA*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS *3242202519*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 17 MES 07 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 08 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO *ADMINISTRADORA*	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN* *KM 1 VIA AL MAR*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD *ALAMBRES Y MALLAS*	*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *ATLANTICO*	*MUNICIPIO* *BARRANQUILLA*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 16 MES 07 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO* DÍA 16 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO *FACTURADORA*	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	*9*	*108*
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	***9***	***108***

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

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

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SOLEDAD ATLÁNTICO- ITSA

Institución Pública de Educación Superior

En nombre de la República de Colombia, autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
y en su representación el Consejo Directivo y el Rector;

Teniendo en cuenta que:

STEPHANIE PAOLA PÉREZ GUZMÁN

C.C. No. 1.129.580.892 de Barranquilla

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por el Instituto,
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

TÉCNICO PROFESIONAL EN COMERCIO EXTERIOR Y NEGOCIOS INTERNACIONALES

Dado en Soledad, Atlántico, a los quince (15) días del mes de Agosto de dos mil ocho (2008)

Presidenta del Consejo Directivo

Rector

Vicerrector Académico

Secretario General

Coordinador de Programa

Registro Institucional Libro No Folio Acta

Powered by CamScanner


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.129.580.892

Apellidos
PEREZ GUZMAN

Nombres
STEPHANIE PAOLA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.48

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 SEPT 1987

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y Lugar de expedición
27 SEPT 2005, BARRANQUILLA

Firma

Fecha de expiración
21 MAYO 2033


.CO

022614340

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL022614340003001<<<<<<<<<<
8709217F3305212COL1129580892<5
PEREZ<GUZMAN<<STEPHANIE<PAOLA<

TRANSPORTE DE MATERIALES Y CONSTRUCCIONES AREVALO S.A.S
NIT 900705684-9 REGIMEN COMUN
AUTOPISTA AL MAR KM 11
PUERTO COLOMBIA ATLANTICO

Puerto Colombia, 16 diciembre 2025

REF: Constancia laboral

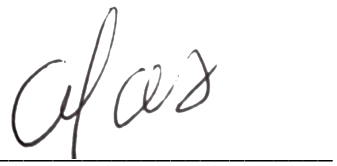
A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente certifico que Stephanie Paola Pérez Guzman, identificada con cedula de ciudadanía 1.129.580.892 presto servicios como administradora externa, prestando su apoyo para llevar registros contables, desde el 17 de julio 2017 hasta el 15 de agosto del 2023.

Durante dicho periodo demostró ser muy colaboradora, proactiva y responsable con las actividades encargadas.

Se expide constancia el 16 de diciembre 2025 a solicitud de la interesada.

Atentamente,



Aleyda Arevalo Sanguino
Representante legal suplente
Gestión Humana
3024183369

GRÚAS Y EQUIPOS DEL NORTE

GRUAS & EQUIPOS DEL NORTE
S.A.S. NIT: 900 681 097-1

CERTIFICAMOS QUE

La señora **Stephanie Paola Pérez Guzmán**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.129.580.892, laboró con nosotros, desempeñándose en el cargo de **Auxiliar Administrativa** desde el **16 de septiembre de 2024** hasta el **16 de septiembre de 2025**. Durante este período, la señora **Stephanie Pérez** cumplió con sus funciones de manera responsable y eficiente, demostrando compromiso y profesionalismo en todas las actividades asignadas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes a los 19 días del mes de noviembre 2025.

Atentamente,

GRÚAS Y EQUIPOS DEL NORTE

Khalid Egel Pérez.
Representante legal.
Grúas & Equipos Del Norte SAS

KM1 vía cordialidad Stock Caribe
Galapa- Atlántico
Celular: 3242202519

Agencia Nacional
de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente

LA AGENCIA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA
- COLOMBIA COMPRA EFICIENTE -

Hace constar que:

STEPHANIE PAOLA PEREZ GUZMAN

N.° de identidad. 1129580892

Aprobó de manera satisfactoria el curso virtual:

SECOP II PARA ENTIDADES DE RÉGIMEN ESPECIAL

Con una duración de 10 horas.

La presente constancia se expide en Bogotá D.C., Colombia, el 21 de noviembre de 2025.

Código de verificación

6920dba1-02d4-4a37-b875-682b0af00c04

La autenticidad de este documento puede ser verificada escaneando el código QR.

udemy

Número de certificado: UC-b983b725-e033-4970-9921-f4ffbeb87a97
Url del certificado ude.my/UC-b983b725-e033-4970-9921-f4ffbeb87a97
Número de referencia: 0004

CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN

Curso SAP FI Completo

Instructores **Xevi Casado Giralt**

Stephanie Paola Perez Guzman

Fecha **13 de enero de 2026**
Duración **10.5 horas en total**

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

STEPHANIE PAOLA PEREZ GUZMAN

Con Cedula de Ciudadania No. 1.129.580.892

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los quince (15) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota, Colombia

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
Subdirector
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLÁNTICO

52253358 - 15/06/2018
FECHA REGISTRO

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 9208001666870CC1129580892C.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	22 NOV 2025	43 H32 R30	8/27
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19				
Otras				

Nombre: Stephanie Perez Carmona

Identificación: 1129580892

Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 09 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	Ref.			
Tétano	1	14/01/26	220501	Cruz Roja Colombiana Seccional Atlántico
	2			14/02/26
	3			
	Ref.			
	Ref.			
Hepatitis A+B	1			
	2			
	3			
DPT	1 ☐			
Neumococo	1 ☐			
Meningococo	Unica			
Triple Viral	1 ☐			
Varicela	1			
	2			
Influenza	☐			
	☐			
	☐			

DIGSA		
	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 electronico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:a Perez Guzman			Stephanie Paola		
N° de Documento: 1.129.580.892			Edad: 41		
Genero:	Mujer	x	Hombre		
Profesión u ocupación: Aux administrativo			Número de contacto: 3012243769		
Correro electrónico:sppgz.co@gmail.com					

II. DATOS LABORALES

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

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: Diligencie el nombre completo del Establecimiento de Sanidad

Cargo al que aspira: Diligencie el cargo al que aspira

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?		

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 Secretaria 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
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	14/01/2026
			2da		
			3ra		
			4ta		
			5ta		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		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 aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	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.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

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

Stephanie Perez G.

Firma del aspirante

FORMATO DE CERTIFICADO PARA ACREDITAR ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Malambo Atlántico 13 de Enero de 2026

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3–ESM8 CACOM 3
Malambo Atlántico

Referencia: Proceso de Contratación No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSACACOM3ESM81052-2026

Yo, ROSANA YULYE PALMA VARELA, identificada como aparece al pie de mi firma**,** declaro y acepto conocer íntegramente el contenido de todas y cada una de las especificaciones técnicas, así como de las **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS** detalladas en la invitación, que rige el proceso de contratación No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSACACOM3ESM81052-2026 y contenidos en el ANEXO 1 "ANEXO TÉCNICO".

De igual manera, manifiesto haber efectuado en forma personal, un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones técnicas contenidas en el ANEXO 1 – "ANEXO TÉCNICO", **lo que indica expresamente, que bajo ningún motivo me exonero de la responsabilidad que me acude a su cumplimiento**.

Con la suscripción del presente Anexo, en forma voluntaria e irrevocable, **ACEPTO** las especificaciones técnicas mínimas requeridas planteadas por **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES- -DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA - COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3 – ESM CACOM 3**, en el anexo técnico y especificaciones técnicas establecidas y demás que puedan surgir a partir de las diferentes adendas generadas en desarrollo del proceso; en consecuencia, **ME COMPROMETO A DARLES ESTRICTO CUMPLIMIENTO.**

DESCRIPCIÓN	ACEPTACIÓN EXPRESA
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DETALLADAS EN "ANEXO 1 – ESPECIFICACIONES TÉCNICAS" del proceso de selección No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSACACOM3ESM81052-2026	**SI ACEPTO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ASÍ COMO EL PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN**

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Malambo Atlántico, a los 13 días del mes de Enero de 2026.

Atentamente,



Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1.129.580.892

ANEXO – ESPECIFICACIONES TECINAS

ACTIVIDADES A REALIZAR

Para el desarrollo del objeto contractual, se deben realizar las siguientes actividades y obligaciones específicas, que enmarcan el alcance del mismo:

- Realizar las acciones requeridas para la coordinación de las actividades de tipo administrativo de acuerdo a los requerimientos de la dependencia.
- Atención y orientación al usuario sobre el proceso de asignación de citas.
- Creación y Reprogramación de agendas.
- Manejar el programa SALUD.SIS
- Asignar citas a los usuarios del subsistema de salud de las Fuerzas Militares vía personal, telefónica o internet (correo electrónico) de los usuarios adscritos al ESM.
- Asignación de citas médicas asistenciales.
- Cancelación de citas por vía telefónica, personales internet de acuerdo a las necesidades de cada usuario.
- Reprogramación y / reasignación de citas de acuerdo a las necesidades del ESM y cada usuario.
- Verificación de afiliación y derechos por la página web[http://www.saludsis%2Cmil%2Cco/]www.saludsis,mil,co link,
- Validación de derechos a todo usuario solicitante de cita previamente verificando su estado activo, inactivo o provisional.
- Llevar estadístico de citas y presentados según necesidades del servicio, al igual que copias de seguridad para evitar la pérdida de la información.
- Realizar impresión de los RIPS de cada profesional todos los días y entregar a cada consultorio.
- Enviar correo diario a la guardia principal que se encuentre establecido con el RIPS para que los usuarios no tengan problema a la hora del ingreso.
- Enviar los RIPS de las especialidades que atendieron toda la semana todos los días viernes al Jefe de estadística y al Jefe de Escuadrón asistencial.
- Realizar matriz de suficiencia, oportunidad de consulta y enviarla a la JEFATURA DE SALUD.
- Sacar estadística de demanda insatisfecha y citas no asignadas.
- No está autorizado el uso de celular personal, tablet u algún dispositivo electrónico personal que interfiera con la atención de calidad que se debe brindar a los usuarios, durante la jornada de funcionamiento de la central de citas. Aplicar el proceso de expurgo, retirando los ganchos de cosedora, cauchos, clips y cualquier elemento metálico que deteriore el documento.
- Descartar aquella documentación duplicada que tenga copias y fotocopias de este, retirarlas del expediente, conservando siempre la que tenga firmas u documento original, eliminar las hojas en blanco, sobres, folletos o esquelas.
- Disponer los tipos documentales en la unidad de conservación (carpeta dos tapas o carpeta cuatro aletas) la que se encuentre en existencia, de tal manera que el primer documento será aquel que le ha dado origen al expediente, posteriormente se agregan los documentos

según el orden y uso en que se vayan produciendo, el último documento corresponderá al de la fecha más reciente.

- Perforar los documentos, utilizando como guía definida hoja tamaño oficio; esto con el objeto de mantener cada expediente de manera uniforme en cuanto a su presentación. Todo soporte documental que su tamaño sea inferior al tamaño carta (consignaciones, facturas, recibos, peajes, soportes fotocopias, etc.) se adhieren en una hoja carta u oficio.
- FOLIAR- Realizar foliación de documentos
- Realizar el proceso de foliación colocando números consecutivos (sin omitir o repetir folios) de acuerdo con la organización el primero folio será el primer documento de la carpeta iniciando con el número 1 hasta el último folio el que corresponderá al soporte de la fecha más reciente.
- Esta marcación se realiza en la esquina superior derecha de cada hoja, en el mismo sentido de lectura del texto, solo se foliará el documento en la primera cara. “Folio recto” y el “folio vuelto” no se numeran, puesto que esa acción corresponde a pagina
- Las carpetas se ubicarán al interior de la caja de izquierda a derecha siendo la primera carpeta de la fecha más antigua y la última carpeta la de la fecha más reciente (Numéricamente)
- HOJA DE CONTROL (POR CARPETA)- Diligenciar la hoja de control de los soportes que contiene la unidad de conservación, solo aplicará para series y/o subseries documentales complejas, esta hoja debe estar ubicada al principio del expediente y no se debe foliar (DE-AYUGE-FR- 011).
- FUID: Formato Único de Inventario Documental
- Rótulo por carpeta
- Rótulo por caja
- Actualizar por carpeta el archivo en one drive
- Dar cumplimiento a las obligaciones contractuales.
- Brindar la adecuada información a los usuarios en aras de que se brinde una accesibilidad al servicio de salud.
- Brindar información requerida por los usuarios sobre los temas referentes al sistema de salud, actividades del ESM etc.
- En la jornada de atención establecida según disponibilidad del servicio dentro de la actividad del ESM se realizarán las actividades.
- Se debe brindar la información del estado de las autorizaciones (no favorable) imprimir o enviar al correo electrónico las ordenes generadas con la información del lugar y teléfono para que los usuarios de ESM puedan pedir su cita.
- Se deben recibir las órdenes médicas generadas por la red externa a los usuarios con el fin de transcribir y ser cargadas al sistema SALUD. SIS para que puedan ser revisadas y autorizadas por auditoria.
- Corrección de ordenes medicas: la orden médica por algún motivo no aparece en esta opción podemos verificar en autorizaciones en conjunto con la auditoria del ESM, se puede realizar gestión y corrección de las órdenes médicas para dar celeridad al proceso de autorizaciones
- Informar a los usuarios como acceder a las citas en las diferentes instituciones de referencia esta información se encuentra visible en la oficina frente al computador. En casos excepcionales se apoya al personal con la asignación de citas en el DMEFA. HOSMIC, CEOFA o red externa contratada mediante los canales dispuestos para la asignación de citas.
- Mantener actualizado de acuerdo a las modificaciones de contratación disponible, apertura o cierre de servicios, el portafolio de servicios del ESM.

- Apoyar con el archivo del ESM.

Para el desarrollo eficiente de las actividades y obligaciones encomendadas, a la Jefatura Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana, encuentra conveniente que el servicio se preste en sus instalaciones y dentro del horario de funcionamiento, lo cual deberá pactarse con el contratista.

OTRAS CONDICIONES NECESARIAS DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DE SELECCIÓN Y EL OBJETO A CONTRATAR:

- El área de Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA es la única que puede realizar el proceso de afiliación a nivel nacional de los contratista a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA y SURA, por lo tanto, el OPS no podrá realizar la afiliación a estas ARL de manera independiente.
- Si el contratista solo tiene contrato con la JEFSA / ESM será afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales a la ARL Positiva.
- Si el contratista tiene contratos suscritos con otra entidad, la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales se debe realizar con una misma Administradora de Riesgos Laborales (ARL) con el fin de evitar una multiafiliación.
- Si el contratista tiene contratos suscritos con otra entidad y tiene afiliación a una ARL diferente a POSITIVA y SURA debe realizar el trámite de afiliación por sus propios medios a esa misma ARL por el contrato que va a suscribir con el ESM y debe entregar copia del certificado de afiliación a la ARL al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo del ESM un (01) día antes de la fecha de inicio del contrato; así mismo el contratista debe informar a la ARL la modificación, adición o terminación del contrato.
- Los Establecimientos de Sanidad Militar están catalogados en Riesgo 3, por lo tanto, independientemente de la labor que vaya a realizar el OPS (administrativo ó asistencial) la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) se debe realizar en riesgo 3 que es el riesgo más alto entre el centro de trabajo (ESM) y la actividad a realizar (Decreto 723 Capitulo III art. 11).
- Para el ejercicio de sus actividades, el profesional de la salud en el área de administrativa, debe prestar su servicio con presentación personal acorde para realizar actividades como apoyo a la gestión en el área administrativa, deberá utilizar los elementos de protección propios de su especialidad, prendas aptas y reglamentarias de acuerdo a los cánones de salud ocupacional y estar comprometido con la seguridad ambiental del establecimiento y los objetivos de calidad de Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana.
- El contratista no está autorizado para poseer o extraer información que esté relacionado con documentos secretos del ESM.
- El contratista debe realizar Pago de ficheros (personal y vehicular) para el ingreso a la unid ad.
- El contratista debe realizar presentación a partir del día de la fecha del acta de inicio del contrato adjudicado, en las instalaciones del establecimiento de sanidad militar del Comando Aéreo de Combate No 3.
- El contratista deberá presentar con la propuesta la certificación de realización de exámene s ocupacionales (con vigencia NO mayor a 30 días calendario) la cual debe estar vigente donde se incluyan los sig uientes exámenes: examen médico con énfasis en sistema osteomuscular, optometría y espirometría, deben ser tomados en una entidad aprobada y certificada por el ministerio de salud, estos exámenes deberán ser entreg ados el día que se realice la aceptación del contrato por medio del SECOP II para ser

corroborados por parte del coordinador de seguridad y salud en el trabajo del ESM y tener el aval del mismo al día de inicio del contrato.

El contratista debe cumplir con el siguiente esquema de vacunación y presentarlo junto con la ofer ta presentada para el proceso de contratación, así:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES			
VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra
			2da
			3ra
			4ta
			5ta
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema
	Hombre		1ra
			2da
			3ra
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	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, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra

NOTA 1: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el contratista, 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.

NOTA 2: Si el contratista tiene el esquema de vacunación incompleto se le informará y se determinará un plazo para completar el esquema antes de la formalización del contrato, diligenciando el formato de compromiso de requisitos de vacunación, teniendo que este se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación para HEPATITIS B Y TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO a partir de la segunda dosis

NOTA 3: Como trabajador independiente se debe aportar la constancia de cumplimiento de pagos de seguridad social sobre el 40% de sus ingresos mensuales, sin IVA incluido teniendo como base el Salario Mínimo Mensual Vigente.

NOTAS ADICIONALES

El plazo máximo de ejecución del contrato será el día 24 de diciembre de 2026, el cual empez ará a correr a partir del día de la fecha del acta de inicio del contrato adjudicado con el respect ivo perfeccionamiento del contrato. Los servicios objeto de este proceso deberán ser prestados por el Contratista, dando cumplimiento en el área administrativa, debiendo cumplir con las exigencias de acuerdo a las necesidades y a planeamientos que en esta área establezca el ESM-CACOM3, comprometiéndose en los procesos administrativos inherentes a la prestación del s ervicio y a la atención al paciente.

NOTA: Para el cumplimiento del objeto del contrato, el profesional seleccionado tendrá en cuenta que no se encontrará bajo subordinación laboral con ningún funcionario del ESM-CACOM-3 y este se cumplirá bajo su total autonomía y únicamente será objeto del control de su ejecución, por parte del supervisor.

Para el desarrollo eficiente de las actividades y obligaciones encomendadas, Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana encuentra conveniente que el servicio se preste en las instalaciones del contratista y dentro del horario de funcionamiento, lo cual deberá pactarse entre el contratista y el supervisor del contrato.



Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1.129.580.892

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-13 21:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
STEPHANIE	PAOLA	PEREZ	GUZMAN

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1129580892

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

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	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

Lugar de sede

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

Dirección	["Avenida Eldorado Carrera 52 CAN"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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 1129580892 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 13/01/2026 10:42 PM

Código Verificación: **LH1F48A9TD**

Válida hasta: **14/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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:

STEPHANIE PAOLA PEREZ GUZMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.580.892**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **STEPHANIE PAOLA PEREZ GUZMAN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1129580892** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1129580892
NOMBRES Y APELLIDOS	STEPHANIE PAOLA PEREZ GUZMAN
TIPO DE AFILIADO	SUBSIDIADO
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	REGIMEN SUBSIDIADO
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	21/02/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	26
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	17

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **14/01/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTO DE INTERESES

El suscrito Stephanie Paola Perez Guzman, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones, del Proceso de Contratación No. **No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026** adelantado por **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA –COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3 - ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR,** cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO / CENTRAL DE CITAS Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.3" manifiesto bajo la gravedad del juramento, que ni el proponente, ni su representante legal, ni su apoderado, ni sus socios, nos encontramos incursos en causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición para contratar previstas en la Constitución y en la Ley, así como ninguna otra limitación de la capacidad jurídica para contratar.

En el evento de existir hechos o circunstancias, pasados o presentes, o que puedan surgir en un futuro previsible, que conozca o llegue a conocer y que pudieran poner en cuestión la independencia e imparcialidad y generen un conflicto de interés a favor o en contra de cualquiera de los interesados u oferentes dentro del presente proceso de selección, me comprometo a informarlo inmediatamente al competente contractual de la entidad en el menor tiempo posible, en cumplimiento del deber de denuncia que me asiste como colaborador del estado.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Malambo., a los 13 días del mes de enero de 2026.

Stephanie Perez G

_____

Nombre: Stephanie Paola Perez Guzman
Documento de Identidad: 1.129.580.892

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Malambo Atlántico 13 de enero de 2026

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3-ESM CACOM 3

Referencia: Proceso de Contratación No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

Estimados señores,

Yo, Stephanie Paola Perez Guzmaz, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de firmante de la propuesta; me permito presentar oferta seria, formal e irrevocable, en nombre de XXXXX, para participar en el proceso de contratación No . No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026 cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO / CENTRAL DE CITAS Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.3" y bajo la gravedad de juramento hago las siguientes manifestaciones:

1. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta y para suscribir el contrato si resulto adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.

2. Que conozco los Documentos del Proceso, incluyendo adendas, y acepto los requisitos en ellos contenidos, asimismo tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3–ESM** respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.

3. Tengo conocimiento acerca de las características y condiciones del sitio de ejecución del proceso de contratación y asumo los riesgos previsibles inherentes al mismo, así como aquellos asignados en el Pliego de Condiciones.

4. Que la información contenida en todos los documentos de la oferta es veraz y asumo total responsabilidad frente a la Entidad cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes.

5. Que la oferta económica y la oferta técnica presentadas, han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y por personas autorizadas para el efecto.

6. Que la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se

causen con ocasión de la presentación de la oferta, suscripción y ejecución del contrato y que, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.

7. Que, en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los Documentos del Proceso.

8. Que, en caso de resultar adjudicatario, me comprometo a presentar las garantías previstas en los Documentos del Proceso en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma allí contenido.

9. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que, a la terminación de la vigencia del Contrato, éste cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos y especificaciones técnicas de que trata los Pliegos de Condiciones y sus anexos

10. Que el Proponente que represento, está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.

11. Autorizo que la Entidad consulte la información comercial o financiera pertinente para el Proceso de Contratación, bajo el entendido que esta debe guardar confidencialidad sobre la información sujeta a reserva.

12. Declaro que me informaré de todas las etapas y decisiones del Proceso de Contratación, consultando el Sistema Electrónico Para la Contratación Pública y en caso de que me deban comunicar o notificar alguna decisión, autorizo y acepto que se me comuniquen y notifiquen las decisiones surgidas en el Proceso de Contratación a través del usuario del SECOP II y/o al correo electrónico que aporto en este documento, de acuerdo a lo señalado en el Manual de Uso y Condiciones de la plataforma del SECOP II y el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011.

13. Recibiré notificaciones en la siguiente dirección:

Persona de contacto	Stephanie Paola Perez Guzman		
Dirección	CRA 35 D # 79B-39		
Teléfono	3154365469	**Celular**	3154365469
E-mail	sppgz.co@gmail.com		

14. He leído y acepto lo establecido en el Manual de Uso y Condiciones de la plataforma del SECOP II.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Malambo Atlántico., a los 13 días del mes de enero de 2026.
Atentamente,

Stephanie Perez G

Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1.129.580.892

CERTIFICACIÓN EXISTENCIA SITUACIONES DE CONTROL - ARTÍCULO 2.1.4.3.2.1. DECRETO 1081 DE 2015 (DECRETO 1600 DE 2024)

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 3
Malambo

Referencia: Proceso de Contratación No. No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

Nosotros los suscritos, Stephanie Paola Perez Guzman identificado con CC 1.129.580.892 de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del Proceso No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026, y en atención a lo señalado en el artículo 2.1.4.3.2.1. Decreto 1081 de 2015 (modificado por el artículo 1 del Decreto 1600 de 2024) *"Prevención de corrupción en la contratación pública*", en el numeral a), manifestamos bajo la gravedad de juramento que:

- La empresa a la que representa o alguno de los integrantes de la sociedad a la que represente NO **participa** en una situación de control con otra persona, natural, jurídica o proponente plural que se encuentre participando en el proceso de selección No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

- Que la empresa a la que representa o alguno de los integrantes de la sociedad a la que represento **NO** se encuentra **controlada** por otra persona natural, jurídica o proponente plural que se encuentra participando en el proceso de selección No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

- Que la empresa a la que representa o alguno de los integrantes de la sociedad a la que represento **NO** es **controlante** de otra persona natural, jurídica o proponente plural que se encuentra participando en el proceso de selección No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

- Que la empresa a la que representa o alguno de los integrantes de la sociedad a la que represento **NO comparte** la condición de controlante con otra persona natural, jurídica o proponente plural que se encuentra participando en el proceso de selección No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

Observaciones: En caso de marcar alguna de las opciones en **SI**, por favor indicar el nombre o razón social de la personal natural, jurídica o proponente plural que se encuentra participando en el proceso de selección.

En constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Barranquilla, a los 13 días del mes de Enero de 2026



Nombre: Stephanie Paola Pere Guzman
Documento de Identidad: 1.129.580.892

REPORTE DE MULTAS Y SANCIONES DE CONTRATOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS.

El suscrito, Stephanie Paola Perez Guzman. , declaro bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal e institucional de las personas naturales o jurídicas que representamos, y sin perjuicio de la comprobación directa que pueda realizar la entidad contratante, que NO he sido sancionados por incumplimiento total o parcial de contratos estatales suscritos con entidades públicas durante los últimos tres años, como se relaciona a continuación:

ENTIDAD CONTRATANTE	NÚMERO O IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	TIPO DE SANCIÓN		FECHA DE EJECUTORIA DE LA SANCIÓN (DD-MM-AAAA)
			MULTA	SANCIÓN	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

De igual manera declaro bajo la gravedad de juramento, que conozco y acepto las consecuencias derivadas de la aplicación del artículo 58 de la Ley 2195 de 2022 relativo a la disminución de puntaje por incumplimiento de contratos durante el último año, contado a partir de la fecha prevista para la presentación de las ofertas, sin importar la cuantía y sin perjuicio de las demás consecuencias derivadas del incumplimiento.

En constancia, se firma en Malambo Atlántico, a los 13 días del mes de enero de 2026.

Stephanie Perez G.

Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1129.580.892

FORMULARIO CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA

CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones del presente Contrato, la señor (a) Stephanie Paola Perez Guzman a **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3–ESM CACOM-3**, a título de indemnización, una suma equivalente al 20% del valor total del contrato. El valor pactado de la presente cláusula penal es el de la estimación anticipada de perjuicios, no obstante, la presente cláusula no impide el cobro de todos los perjuicios adicionales que se causen sobre el citado valor. Este valor puede ser compensado con los montos que adeude el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3–ESM CACOM 3** a la señor (a) **XXXX** con ocasión de la ejecución del presente Contrato, de conformidad con las normas que rigen la materia.



Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1.129.580.892

COMPROMISO ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

Malambo Atlántico 13 de enero de 2026.

Señores
LOS FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3–ESM81052

Referencia: Proceso de Contratación No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

Yo, Stephanie Paola Perez Guzman mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.129.580.892, expedida en Barranquilla en mi calidad de **OFERENTE** participante dentro del proceso de contratación No. 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

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 – **LOS FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR-FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA-COMANDO AÉREO DE COMBATE No 3–ESM81052**, 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, dadivas, 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.

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 dependencia competente 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-FAC.

- ✓ Correo electrónico: atencionalusuario@fac.mil.co - unidadcorrespondenci@fac.mil.co
- ✓ Línea telefónica del honor: 163
- ✓ Buzones físicos en punto de atención presencial: Cra. 54 # 26 -25 CAN - Bogotá D.C.
- ✓ Sede electrónica: https://www.fac.mil.co/es/form/form-anticorrupcion

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

15 Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional – Fuerza Aérea Colombiana y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.

16 Aceptar que el MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052- 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.

17 Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Malambo Atlántico, a los 13 días del mes de enero del año 2026, con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.



Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1.129.580.892

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141226818215

(415)7707212489984(8020) 000014122681821 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 9 5 8 0 8 9 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 9 5 8 0 8 9 2	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	GUZMAN	STEPHANIE	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 24 A 56 35 BRR SALITRE TORRE II APTO 703

42. Correo electrónico: paola_2109_4@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 4 3 6 5 4 6 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante: Stephanie Perez G.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PACHECO VEGA JUAN CARLOS

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF: 26-12-2025 02:40:06PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Banco Popular

Certifica

Que **Stephanie Paola Perez Guzman**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **1129580892** es titular de la **Cuenta de Ahorros** Nro. **500806574671** y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese a los 27 días del mes de diciembre del año 2025.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Anexo – Formato Oferta Económica.

PROCESO DE CONTRATACION No No 006-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-CACOM3ESM81052-2026

Yo, Stephanie Paola Perez Guzman, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que el valor total de la propuesta es la suma de **Veintitrés millones novecientos cuarenta y cuatro mil trescientos setenta y ocho pesos ($ 23.944.378) ,** valor que incluye todos los gastos e impuestos a que haya lugar.

Dicho valor obedece a los siguientes conceptos, en los cuales se relacionan todos los costos, gastos y valores que conforman el objeto a realizar:

Ítem	Descripción	Cantidad (días, meses, etc.)	Vlr. unitario	Iva	Valor Unitario con IVA	Valor total con IVA
1	PRESTACION DE SERVICIOS DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO / CENTRAL DE CITAS Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.3, SEGÚN FICHA TÉCNICA.	Tiempo del contrato	$ 23.944.378			$ 23.944.378
VALOR TOTAL						$$ 23.944.378

Stephanie Perez G.

_____

Stephanie Paola Perez Guzman
C.C. No, 1.129.580.892