

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21147733

FARFAN BARRERO
APELLIDOS

RUTH ALEIDA
NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



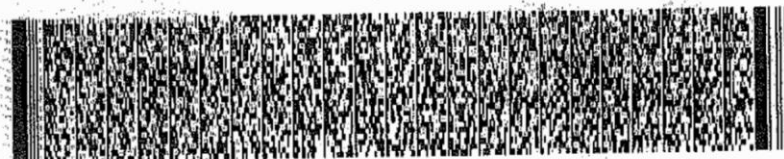
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1981
VILLAPINZON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-MAY-1999 VILLAPINZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1532500-39098521-F-0021147733-20020130 0200802030A 02 109934285

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 viernes 05 de junio de 2026, a las 14:17:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21147733
Código de Verificación	21147733260605141752

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:30:24 PM horas del 05/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **21147733**

Apellidos y Nombres: **FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA**

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.

[Volver al Inicio](#)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297507323



PIB
14:35:01
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21147733:

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>

Mario Enrique Castro González
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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



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, 05/06/2026 02:37:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **21147733** y Nombre: **RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO.**

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. **141581097** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****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 14:41:16 horas del 05/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No.
21147733,

Apellidos y Nombres **FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital San Antonio de Arbeláez**, con NIT **890680031-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

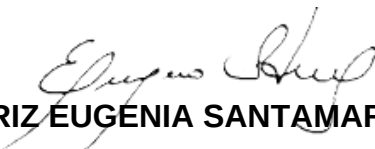
Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO, con CC No. 21147733, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

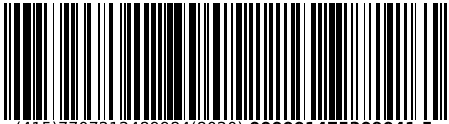
Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 5 de junio de 2026.

Atentamente


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 14753090415			
		 (415)7707212489984(8020) 000001475309041 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 1 1 4 7 7 3 3		6. DV 9	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 2 1 1 4 7 7 3 3	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Cundinamarca 1 6 9		30. Ciudad/Municipio Villapinzón 8 7 3	
31. Primer apellido FARFAN		32. Segundo apellido BARRERO		33. Primer nombre RUTH	
34. Otros nombres ALEIDA					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C. 1 6 9		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 1 1 0 0 1	
41. Dirección principal CR 7 A BIS 183 35 TO 2 AP 324					
42. Correo electrónico alefar7733@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 2 3 2 6 4 4 0 4			
45. Teléfono 2					
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					Ocupación
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	52. Número establecimientos
46. Código 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 0 5, 0 5, 0 2	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26					
Usuarios aduaneros					Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
					57. Modo 58. CPC
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2021-04-19 / 03:11:45PM	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre GOMEZ CORTES NICOLAS		
			985. Cargo Gestor I		



BOGOTA, Mayo 23 de 2026

Señora:

FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA

CC. 21147733CR 7 A BIS 183 35 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 3 de 2026. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA	21147733	C	Feb-3-2026	5	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
JIT CONSULTINGS SAS	21147733	Dependiente	CERRADO
PRAXXIS CONSULTORES SAS	21147733	Dependiente	VIGENTE
RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO	21147733	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

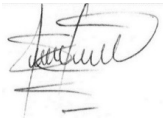
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **21147733**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de abril de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

Ruth Aleida Farfan Barrero identificado con CC. 21147733 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/04/10	Código de ocupación	32269
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	Descripción de ocupación	Otros profesionales de la salud no clasificados en otros grupos primarios
Clase de riesgo	3	Estado de afiliación	Activa

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de mayo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26052026R21147733F18404683**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

26/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **21147733**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488457925383
Fecha de apertura	26/01/2026

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: 05/01/2025 CIUDAD: ARBELAEZ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la ESE San Antonio de Arbeláez, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FARFÁN		BARRERO		RUTH		ALEIDA	
TIPO DE IDENTIFICACION(Marca con X)		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	21147733		VILLAPINZÓN - CUNDINAMARCA	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD	
12/03/1981		VILLAPINZÓN - CUNDINAMARCA		COLOMBIA		COLOMBIA	
ESTADO CIVIL (Marcar Con X)						PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒						0	0
CASADO(A) ☐						TELEFONO FIJO/ CELULAR	
DEVDORCIADO(A) ☐						3123264404	
UNION LIBRE ☐						PROFESION/ OFICIO	
VIUDO(A) ☐						ENFERMERA	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)							
PRIMARIA ☐		BACHILLER ☐		TECNICO ☐		TECNOLOGO ☐	
UNIVERSITARIO ☐		POSTGRADO ☒		MAGISTER ☐		OTRO ☐	
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
CARRERA 7A BIS #183-35 TORRE 2 APTO 324		BOGOTA D.C		COLOMBIA		TELEFONO RESIDENCIA	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)			
alefar7733@gmail.com		0		PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐			
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:	
						TELEFONO/FAX	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION(Marca con X)		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐				
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
						NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO ☐	CONTRATISTA ☒	PENSIONADO ☐	ESTUDIANTE ☐	SOCIO ☐	PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐
HOGAR ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	OTRA: ☐	CUAL:
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
		NO ☐	ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: 8699 CUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			NIT
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☒	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			8906800314
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO	
CLL 7 # 8-48		3204680310		ARBELAEZ	
CARGO ACTUAL		SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA SEDE Y CENTROS DE SALUD ADSCRITOS		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)

INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS
--------------------	-------------------	---------	---------

SALARIOS	5,500,000	GASTOS FAMILIARES	2,000,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	500,000
TOTAL INGRESOS	5,500,000	TOTAL EGRESOS	2,000,000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	500,000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ANDRAMUNIO	LOPEZ	MÓNICA	PATRICA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CARRERA 7 A BIS No 183-35	BOGOTA	AMIGA	3014232757

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	550488457925383	BOGOTA	3123264404

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: (Marcar con X) SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PAGO SERVICIOS ☐ PRESTAMO ☐ OTRO ☐

CUAL:

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA ESE SAN ANTONIO ARBELÁEZ		CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB ESE ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la ESE San Antonio de Arbeláez con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la ESE San Antonio de Arbeláez provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TRABAJO COMO CONTRATISTA DE LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la ESE San Antonio de Arbeláez se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE San Antonio de Arbeláez a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la ESE San Antonio de Arbeláez en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la ESE San Antonio de Arbeláez de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la ESE San Antonio de Arbeláez

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante** **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3.Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

5. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por ESE San Antonio de Arbeláez con Nit 890680031-4, ubicada en la Calle 7ª N. 8-48, teléfono 3204680310 y/o cualquier entidad o Centros de Salud controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Centros de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Centros de Salud me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Centros de Salud para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Centros de Salud incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o los centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

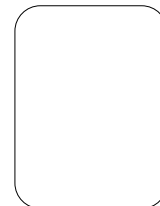
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE SAN ANTONIO ARBELÁEZ y/o sus centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE SAN ANTONIO ARBELÁEZ ESE y/o sus centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud E-mail: hsaarlaf@gmail.com y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: E-mail: hsaarlaf@gmail.com en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1.Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario ESE				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No Cédula:			
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario ESE			
8. Proceso Responsable ESE				8. Proceso Responsable ESE			



156-E156-396307

Página N° : 1 of 1
 Fecha ingreso : 03/01/2024 10:33:01 AM
 Fecha de muestra: 03/01/2024 10:33:01 a. m.
 Fecha impresion : 04/01/2024 10:42:34 AM

No. de Orden:E156-396307	No. Interno : E156-396307
Paciente : FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA	Edad : 42 a 9 m 21 d
Documento Id:21147733	Fecha Nacimiento: 12/03/1981
Empresa : PARTICULAR	Sexo : FEMENINO
Sede : BOG TOBERIN	Teléfono : 3123264404
E-Mail : alefar7733@gmail.com	No. Autoriza :

HBSAC**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------------------

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L

Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación

10 - 100: Niveles de protección

Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 24336746 JENNY DAZA OSPINA

04/01/2024 10:33 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Arbeláez, 05 de junio de 2026

Señores:

Empresa Social del Estado

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

Attn, **GUSTAVO ZAMUDIO MENDEZ**

Gerente

Propuesta técnica para la implementación y seguimiento del Programa de Seguridad del
Paciente

E.S.E. Hospital San Antonio de Arbeláez – Cundinamarca

Respetado Doctor Zamudio:

En atención a su solicitud presento a su consideración el alcance y costo de la presente propuesta para la implementación y el seguimiento del Programa de Seguridad el Paciente:

Actividades:

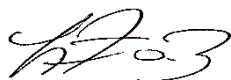
1. Desplegar las actividades tendientes a establecer el Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital San Antonio de Arbeláez, según los lineamientos de la Política Nacional del Ministerio de Protección Social, el cumplimiento de la normatividad vigente de habilitación según la “Resolución 3100 de 2019 y de la Secretaría de salud de Cundinamarca.
2. Dirigir y liderar la actualización y evaluación sistemática de los resultados en el despliegue de la Política y de sus elementos constitutivos que permitan fortalecer la cultura de seguridad del paciente de la E.S.E Hospital San Antonio de Arbeláez.
3. Liderar y conducir la secretaría técnica del comité institucional de Seguridad del paciente ejerciendo las funciones relacionadas en el mismo
4. Liderar y ejecutar las actividades relacionadas con la planeación, implementación y evaluación de un programa de capacitación en seguridad del paciente en

concordancia con el plan de capacitación institucional para la inducción general, el entrenamiento en puesto de trabajo y el programa de educación continua en los temas relacionados al fortalecimiento de cultura, procesos institucionales y asistenciales seguros en coordinación con los distintos referentes misionales y de apoyo de la institución

5. Gestionar, direccionar y liderar las mesas de análisis de eventos de seguridad dentro del sistema de notificación y gestión del evento adverso y de los programas de vigilancia en conjunto con los referentes de la vigilancia integral del riesgo designados por la institución; con el propósito de establecer las barreras de seguridad, las acciones de mejora y el aprendizaje organizacional resultante del sistema de reporte institucional
6. Liderar y ejecutar las actividades de Gestión (Documentación, socialización y formalización y evaluación) de las GUIAS DE PRÁCTICAS SEGURAS, aplicables a la institución coordinación con los distintos referentes misionales y de apoyo de la institución
7. Ejecutar y realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados del sistema de reporte y notificación, del programa de evaluación de la adherencia a las prácticas y de las estrategias de fortalecimiento de la cultura (Clima y Rondas ejecutivas de seguridad).
8. Realizar el control estadístico y monitoreo de los aspectos claves de la estrategia de seguridad del paciente y de los indicadores de calidad del Dominio: Seguridad según Resolución 256 de 2016 para la elaboración de los informes institucionales a entregar a las diferentes entidades externas de manera oportuna.

Costo: El valor de la presente propuesta de trabajo será de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 5.500.000, oo), mensual

Tiempo de Ejecución: cuatro (4) meses



Cordialmente,

RUTH ALEIDA FARFÁN BARRERO

Enfermera

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

C.C. 21147733 de Villapinzón

Teléfono: 3123264404

RUTH FARFAN

312-3264404 | alefar7733@gmail.com | Bogotá

PERFIL PROFESIONAL

Enfermera Especialista en Gerencia Integral de Servicios de Salud con 20 años de trayectoria en el sector, enfocada en la dirección, coordinación y auditoría de calidad. Experta en la implementación del **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)**, habilitación de servicios (baja, mediana y alta complejidad) y gestión de la **Resolución 3100 de 2019**. Sólida experiencia liderando programas de **Seguridad del Paciente**, implementación del **PAMEC** y procesos de acreditación en salud. Dominio avanzado de normatividad vigente (Res. 3280, 256, 1552) y plataformas de reporte (REPS, SIGIRES, SISPRO). Capacidad probada para la gestión de indicadores, auditoría de cuentas de alto costo y liderazgo de equipos hacia la mejora continua y la eficiencia administrativa.

EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ | SEGURIDAD DEL PACIENTE |

Gestor de seguridad del paciente Abril – 2026 *Actualidad*

- Liderar e implementar la política de seguridad del paciente
- Gestionar los eventos de seguridad del paciente
- Implementar la cultura de seguridad del paciente

CONSULTORÍA Y ASESORÍA EN SALUD | Asesora de Calidad y SOGC *Febrero 2025 – Actualidad*

- Liderar la implementación integral del **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC)** para Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales independientes.
- Gestionar procesos de habilitación de servicios asistenciales y renovación ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (**REPS**).
- Diseñar y ejecutar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (**PAMEC**), asegurando el cierre de brechas y la mejora de procesos.
- Implementar la política institucional de **Seguridad del Paciente**, gestionando el reporte de novedades y análisis de eventos adversos.

- Realizar el cargue y reporte de indicadores de calidad y gestión normativa (Resolución 256 de 2016 y 1552 de 2013) a través de plataformas **SISPRO** y **SIGIRES**.
- Coordinar comités institucionales de calidad, garantizando el seguimiento a planes de mejoramiento.

VIDAMEDICAL IPS | Auditora Interna de Calidad *Febrero 2024 – Febrero 2025*

- Ejecutar auditorías internas para verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación según la **Resolución 3100 de 2019** y normas complementarias en servicios ambulatorios.
- Gestionar la auditoría de cuentas médicas de **alto costo**, optimizando la facturación y reduciendo glosas.
- Implementar y monitorear el **PAMEC** enfocado en la seguridad del paciente y la eficiencia operativa.
- Asegurar el cumplimiento normativo mediante el seguimiento y reporte de indicadores de calidad (Res. 256 y 1152).
- Utilizar herramientas de **Excel avanzado** para el análisis de datos clínicos y administrativos, generando informes gerenciales para la toma de decisiones.

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL - COLCIENCIAS | Coinvestigadora *Junio 2018 – Finalización de Proyecto*

- Participar en el diseño, desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas para el sistema de información hospitalario.
- Gestionar componentes de hemovigilancia y seguridad del paciente, asegurando la trazabilidad y calidad en la atención.

LOGROS DESTACADOS

- **Ganadora de Proyecto en Colciencias:** Coinvestigadora en el desarrollo de soluciones tecnológicas para sistemas de información hospitalaria, impactando positivamente en la seguridad del paciente y la hemovigilancia en clínicas de alta complejidad.

HABILIDADES Y COMPETENCIAS

- **Normatividad en Salud:** Amplio dominio de Resoluciones 3100 de 2019, 3280 de 2018, 202 de 2021, 256 de 2016 y Sistema Único de Acreditación.
- **Gestión de Calidad:** Implementación de PAMEC, Comités de Calidad, Habilitación de Servicios, Planes de Mejoramiento.
- **Plataformas Sectoriales:** Manejo experto de REPS, SIGIRES, SISPRO.
- **Auditoría:** Auditoría de calidad interna/externa, Auditoría de cuentas de alto costo, Facturación en salud.
- **Herramientas Ofimáticas:** Excel Avanzado (Tablas dinámicas, análisis de datos).

FORMACIÓN ACADÉMICA

Especialista en Gerencia de Servicios de Salud Universidad del Rosario | 2018

Enfermera Profesional Fundación Universitaria del Área Andina | 2005

OTROS ESTUDIOS Y ACTUALIZACIONES

- **Diplomado en Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual** | Politécnico de Colombia (2023).
- **Diplomado en Auditoría de la Calidad en Salud** | Politécnico de Colombia (2020).
- **Diplomado en Seguridad del Paciente** | Politécnico de Colombia (2020).
- **Diplomado en Facturación en Salud** | Politécnico de Colombia (2020).



COLEGIO COOPERATIVO PROSPERO PINZON

CARRERA 4 N° 3-15 TEL. 8365144
VILLAPINZON - CUNDINAMARCA

INSCRIPCION S.E. ACTA 161 FOLIO 083
LIBRO 7 DE JUNIO 2 DE 1995

JORNADA MAÑANA

INSCRIPCION DANE 32587300329

Acta Individual de Grado

En la ciudad de VILLAPINZON a los VEINTINUEVE (29) días del mes de NOVIEMBRE del año 1997 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la Rectoría del COLEGIO COOPERATIVO PROSPERO PINZON JORNADA MAÑANA Institución aprobada hasta EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1999 en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizado por LA SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DE CUNDINAMARCA para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad TECNOLOGIA COMERCIAL según Resolución N° 001727 del 29 de OCTUBRE de 1996. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el:

TITULO DE:

Bachiller en Tecnología Comercial

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO

Nombres y Apellidos

C.C. T.I. N° 810312-52270 de VILLAPINZON

Es fiel copia tomada del Acta general No. 16 Folio No. 31 de fecha 29 de NOVIEMBRE DE 1997 que consta de 65 alumnos.

que comienzan con el nombre de YAMILE AREVALO ALMANZA
y se cierra con el nombre de SANDRA EDITH ZAMORA MUÑOZ

Firmada y sellada por HECTOR FABIO FARFAN ACUÑA Rector y
GLORIA CASTIBLANCO SARMIENTO Secretaria

Dada en VILLAPINZON a los 29 días del mes de NOVIEMBRE de 1997

HECTOR FABIO FARFAN ACUÑA

Rector

C.C. 19.199.329 de Bogotá

Firmada y Sellada

GLORIA CASTIBLANCO SARMIENTO

Secretaria

C.C. 21.104.061 de Villapinzón



La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Cooperativo "Próspero Pinzón"

Villapinzón - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura de Cundinamarca, según
Resolución No. 001727 del 29 de Octubre de 1996

Confiere a:

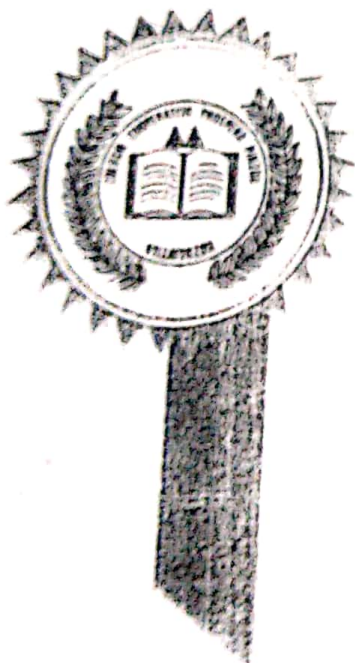
Ruth Aleida Farfán Barrero

Identificado (a) con T.I. No. 810312-52270 de VILLAPINZON

El Título de

Bachiller en Tecnología Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Técnica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994) ;
según los planes y programas vigentes.



Rector (a)

Secretario (a)

Rector Fabio Farfán Acuña

Secretario Gloria Castiblanco Sarmiento

Libro de Registro No. 01 Folio No. 07 del Colegio

No se requiere registro, según decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994,
expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 6 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Dado en Villapinzón, a 29 de Noviembre de 1997



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA que en el libro de actas, se encuentra el Acta de Grado 260, que expresa: En Bogotá D.C., el 13 de julio de 2005 a las 16:00 horas, convocados por Resolución 113 del 7 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor Fernando Laverde Morales, la decana de la Facultad de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO** con cédula de ciudadanía Número 21147733 de Villapinzón, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 2, Folio 60, número 9312.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector

MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana Facultad de Enfermería

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 13 de julio de 2005.


MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General





República de Colombia

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica No. 22215 del 9 de diciembre de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Ruth Aleida Farfán Barrero

C.C. No. 21.147.733 de Villapinzón

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de:

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Rector

Secretario General

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Reconocemos este título para todos los efectos legales
Bogotá, 1 - XI - 2005

Resolución No. 25-5573



Decano

Registro 9312
Libro 2 Folio 60
Fecha Julio 13-05

Dado en Bogotá, D.C., a los 13 días del mes de julio del año 20 05



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
Programa de ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD

Acta individual de Grado No. 51280 - 57840

En la ciudad de Bogotá D.C., el día doce (12) de septiembre de dos mil dieciocho (2018) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD

a

RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 21147733, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 18556, registrado bajo el No. 57840 del libro No. 43 folio 364.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 51280 firmada por:

JOSE ALEJANDRO CHEYNE GARCIA	DECANO
SANDRA LILIANA AMAYA PULIDO	SECRETARIA ACADEMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los doce (12) días del mes de septiembre de dos mil dieciocho (2018).

CATALINA LLERAS FIGUEROA

Secretaria General



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN

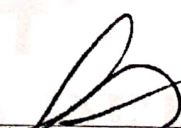
Por cuanto Ruth Aleida Farfán Barrero C.C. Nº 21.147.733
ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el
título de:

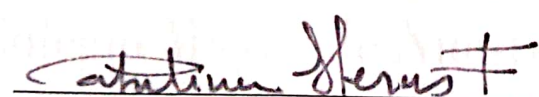
Especialista en Gerencia Integral de Servicios de Salud

Registrado bajo el Nº 57840 Folio 364 Libro 43 y refrendado por la Secretaria General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en
la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los doce (12) días del mes de septiembre de dos mil dieciocho (2018).


El Rector (E)


La Vicerrectora


El Decano


La Secretaria General



De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO identificado(a) con CC 21147733 registra La siguiente información:

2026-06-05→2:07:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2008-03-03		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2005-12-01	5573	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

C.C. 21.147.733

ENFERMERA

RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO

**FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
BOGOTA**



FECHA DE EXPEDICIÓN DEL C PLOMA: 13/07/2005

FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RUN / RETHUS: 03/03/2008

**LA DIRECTORA EJECUTIVA
DE LA CUENTA DE ALTO COSTO
Nit. 900.243.950-1**

CERTIFICA:

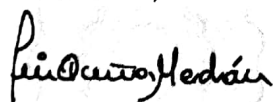
Que **Ruth Aleida Farfan Barrero**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **21147733**, laboró en la Cuenta de Alto Costo, NIT. 900.243.950-1 con el siguiente contrato:

AUDITORA - Del 23 de mayo de 2022 al 31 de diciembre de 2022, con las siguientes funciones:

1. Realizar la auditoría de la información reportada por las entidades a la CAC.
2. Asegurar la calidad de la información auditada.
3. Mantener comunicación asertiva y efectiva con las entidades para el adecuado desarrollo de la auditoría.
4. Cumplir con el cronograma establecido por cada enfermedad, reuniones de apertura y reuniones de cierre.
5. Identificar hallazgos relevantes en los prestadores evaluados y suministrar insumos para casos de comité.
6. Elaborar informes de calidad por entidad en los que se especifican los hallazgos más relevantes identificados durante la auditoría.
7. Identificar oportunidades de mejora que permitan optimizar los procesos de auditoría.
8. Cumplir con los procesos establecidos en la auditoría de datos.
9. Cumplir los requisitos legales, reglamentarios y obligaciones contractuales del Sistema de Gestión Integral de la organización.
10. Las demás indicadas por la coordinación de gestión de auditoría

Se expide en Bogotá D.C treinta y un (31) días del mes de diciembre de dos mil veintidós (2022).

Atentamente,



LIZBETH ACUÑA MERCHAN
Directora Ejecutiva



Nit: 900033752-7

CERTIFICADO DE TRABAJO

Para dar cumplimiento a la obligación 7ª del Artículo 57 del código sustantivo del trabajo

UNIVER PLUS S.A

CERTIFICA

Que **RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.147.733 de Bogotá, labora para esta empresa con un contrato individual de trabajo por obra o labor, desde el 02 de Febrero de 2023 vigente a la fecha, desempeñando el cargo de **LÍDER DE CALIDAD**, con una asignación salarial de **DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS MCTE (\$2.993.760)**, y recibiendo auxilios por concepto de vivienda de **TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE (\$332.640)** los cuales por mutuo acuerdo no son constitutivos de salario.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, en la ciudad de Bucaramanga, a los catorce (14) días del mes de Junio de 2023.

Atentamente,

ERLY MARITZA RODRÍGUEZ ORDUZ

Director Nacional de Talento Humano.



**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
VIDAMEDICAL BOGOTA IPS S.A.S.
NIT 900.468.665-1**

CERTIFICA QUE:

RUTH ALEIDA FARFAN BARRERO identificado(a) con cédula de ciudadanía número 21147733, laboró en nuestra organización desde el día 2 de febrero de 2024 hasta el 2 de febrero de 2025, desempeñando el cargo de **ESPECIALISTA AUDITOR DE SERVICIOS DE SALUD**.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado el día 20 de febrero de 2025.

Cordialmente:

CAROLINA MALDONADO
Coordinador de Talento Humano
Bogotá Cel: 310 734 3152



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 24/02/2026 - 08:54 A. M.

Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: INDEPENDIENTE Actividad Económica: CONSULTORIA

CC: 21147733 Nombre del Trabajador a Aspirante: FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA Sexo: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 12/03/1981 Edad: 45 AÑOS 0 MESES 0 DÍAS Teléfono: 3123264404

Lugar Residencia: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Dirección: KR 7 A BIS 183 35

Estado Civil: SOLTERO(A) Nivel Educativo: DOCTORADO E.P.S: SALUD TOTAL A.F.P: COLPENSIONES. A.R.L: NO REFIERE

Tipo de Sangre: O + N° Hijos 0 Ingresos: 1 SALARIO MÍNIMO Jornada Laboral: DIURNA Area del Cargo: OPERATIVA

Profesión o Cargo: CONSULTORA DE CALIDAD Funciones del Cargo: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: YOLANDA FARFAN Parentesco: HERMANA Telefono Acompañante: 3115529215

Nombre del Responsable: NO REPORTA Parentesco: NO REPORTA Telefono Responsable: NO REPORTA

Motivo Consulta

NO APLICA

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco ☐ Gorro ☐ Respirador ☐ Gafas ☒ Peto ☐ Bata ☐ Overol ☐ Delantal de Plomo ☐ Ropa Térmica ☐

Auditivo ☐ Careta ☐ Tapabocas ☐ Guantes ☐ Cinturon ☐ Botas ☐ Polainas ☐ Otro ☐ Cual _____

Antecedentes de Exposición Laboral (El primero corresponde a la última labor o labor actual)

Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica	Cargo	Factores de Riesgo (GTC-45)	Tiempo Exposición	
			Años	Meses
INDEPEDIENTE	CONSULTORA	PSI, BIOMEC, SE	1	0

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Observación
ASMA	NO REFIERE
CÁNCER	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
COLAGENOSIS	NO REFIERE
PATOLOGÍAS TIROIDEAS	NO REFIERE
OTROS ¿CUÁLES?	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	NO REFIERE

QUIRÚRGICOS	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE
ALÉRGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	NO REFIERE

GINECO OBSTÉTRICOS	
Enfermedad	Observación
MENARQUIA	13 AÑOS
CICLO MENSTRUAL	REGULAR
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACION	22/02/2026
DISMENORREA	NO
N° GESTACIONES	0
N° PARTOS	0
N° CESÁREAS	0
N° ABORTOS	0
N° HIJOS VIVOS	0
N° EMBARAZOS ECTÓPICOS	0
N° MORTINATOS	0
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	HACE 3 AÑOS
RESULTADO ÚLTIMA CITOLOGÍA	NORMAL
¿VIDA SEXUAL ACTIVA?	NO
MÉTODO PLANIFICACION FAM.	NINGUNO

Antecedentes Personales por Sistemas			
Nombre del Sistema	Patológicos	Quirúrgicos	Traumáticos
BOCA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CABEZA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CUELLO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
GARGANTA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
NARIZ	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OIDOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OJOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PIEL Y ANEXOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PSIQUIÁTRICO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA CIRCULATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA ENDOCRINO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GENITOURINARIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA NERVIOSO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA RESPIRATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA

Observaciones Adicionales a los Antecedentes
NO APLICA

Revisión Por Sistemas	
Nombre del Sistema	Hallazgo
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	NO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO

OBSERVACIONES	NO APLICA
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	NO APLICA
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO

ACTIVIDAD FÍSICA				
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA

HÁBITOS TÓXICOS				
Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
VAPER	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO

Inmunizaciones Referidas		
Vacuna	Fecha Ultima Dosis	Dosis
ANTICOVID		3

Examen Fisico																			
Aspecto General																			
BUENAS CONDICIONES GENERALES. DEAMBULACION NORMAL. FASCIE NO CARACTERISTICA. HIDRATADO AFEBRIL EUPNEICO																			
Signos Vitales																			
Tension Arterial:		120 / 80		Frecuencia Cardiaca:		65 x minuto		Frecuencia Respiratoria:		18 x minuto		Pulsioximetría:		95 %					
Temperatura:		36.00 °C		Lateralidad Dominante:		DIESTRO		Peso:		73.00 kg		Talla:		158 cm		IMC:		29.24 - SOBREPESO	
Biotipo:				Perimetro Abdominal:		79cm		Interpretación:		NORMAL									

Estado Mental	
Organo	Hallazgo
AFECTO	NORMAL
ATENCIÓN	NORMAL
CONCENTRACIÓN	NORMAL
CONCEPTO	NORMAL
LENGUAJE	NORMAL
MEMORIA	NORMAL
ORIENTACIÓN	NORMAL
PENSAMIENTO	NORMAL

SENSOPERCEPCIÓN	NORMAL
Tegumentario	
Organo	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE
Cabeza	
Organo	Hallazgo
CEFALEA	NO PRESENTA
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL
Ojos	
Organo	Hallazgo
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
ESTRABISMO	NO
EXAMEN EXTERNO	NORMAL AMBOS OJOS
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
PUPILAS	NORMORREACTIVA A LA LUZ
Oídos	
Organo	Hallazgo
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL
Nariz	
Organo	Hallazgo
EPISTAXIS	NO PRESENTA
RINORREA	NO PRESENTA
TABIQUE	NORMAL
Boca	
Organo	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA
Cuello	
Organo	Hallazgo
ADENOPATÍAS	NO
FARINGE	NORMAL
INGURGITACION YUGULAR	NO
MASAS	NO
MOVILIDAD	NORMAL
Tórax	
Organo	Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES
Cardio Pulmonar	
Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN PULMONAR	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS

CARDIOVASCULAR	NORMAL
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS
Abdomen	
Organo	Hallazgo
AUSCULTACIÓN	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS
Genitales	
Organo	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL
Miembros Superiores	
Organo	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO
OTRA PRUEBA	NO APLICA
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO
Miembros Inferiores	
Organo	Hallazgo
LESIONES VASCULARES	NO PRESENTA
OTRA PRUEBA	NO APLICA
REFLEJO AQUILIANO	NEGATIVO
RODILLAS LIGAMENTOS	NEGATIVO
RODILLAS PATELLA	NEGATIVO
TEST DE LASEGUE	NEGATIVO
Columna	
Organo	Hallazgo
ALINEACIÓN	NORMAL
FLEXIÓN LATERAL	NORMAL
MASAS O ESPASMOS	NO
PRESENTA DOLOR	NO
PRUEBA DE SCHOBER	NORMAL
ROTACIÓN	NORMAL
TEST DE WELLS	NORMAL
Postura / Simetría	
Organo	Hallazgo
PRUEBA DE ELASTICIDAD	NORMAL
PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN	NEGATIVA
SIMETRÍA DE CADERA	NORMAL
SIMETRÍA DE HOMBROS	NORMAL
TROFISMO MUSCULAR	NORMAL
Neurológico	
Organo	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO

PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Ampliación de los Hallazgos
NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
MEDICINA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	N	SANA OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS		
Producto	Valor	Resultado
AUDIOMETRIA	N	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
VISIOMETRIA	A	PTERIGION, ASTIGMATISMO

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención
NO APLICA

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
H110	PTERIGION	Enfermedad general	PRINCIPAL
H522	ASTIGMATISMO	Enfermedad general	RELACIONADO 1

Análisis y Plan de Tratamiento
NO APLICA

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
CUMPLE CON LAS CONDICIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	NO APLICA

Requisito Salud	Cumple
CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SI

Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

SIN RESTRICCIONES LABORALES

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
HÁBITOS SALUDABLES	
HACER DEPORTE	
DIETA BALANCEADA	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	
USAR CORRECCIÓN VISUAL	DE DESCANSO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
USO DE EPP	
SVE VISUAL	
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Otras Observaciones y Recomendaciones

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0			
Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 0			
Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0		
Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN

MÉDICO


Maria Luisa Perez Perez
Medico General
Especialista SG-SST
 L.S.O 8731 de 2022

Firma: _____
Nombre: CC: 1034320081 - MARIA LUISA PEREZ
R. M.: 1034320081 L.S.O.: 8731

TRABAJADOR



Firma: _____
Nombre: FARFAN BARRERO RUTH ALEIDA
CC: 21147733


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Ruth Aleida

Apellidos:

Farfan Barrero

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

21147733

Fecha de
nacimiento:

Día 12 Mes 03 Año 1981


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Ruth Aleida

Apellidos:

Farfan Barrero

Documento
de identidad:

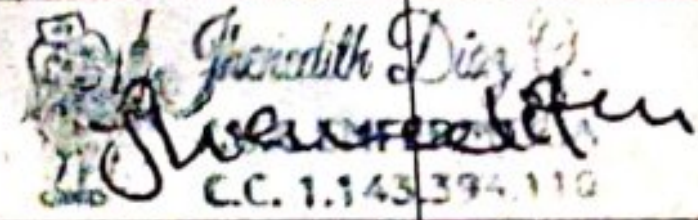
C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

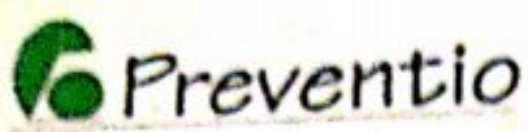
21147733

Fecha de
nacimiento:

Día 12 Mes 03 Año 1981

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	3	16-12-21	Astrazeneca	NN 0224	Colsubsidio	 C.C. 1.143.394.110	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	25-02-21	Pfizer	EN1195 30-6-21	EXT SRCO	Angie Cobos	1033751561
	2	18 MARZO 2021	Pfizer	EN 1195	S.R.C.O	Mrs Lopez	52990978.



Servicios:

- Vacunación de niños y adultos
- Vacunación en empresas
- Vacunación a viajeros
- Consejería en Vacunación

Preventio Certificado de Inmunizaciones

NOMBRE: Aleida Farfán
EDAD: 20 / 21147733
NOMBRE DE LA EMPRESA: FIA
21.147.733
Calle 125 Bis No. 30-25 Of. 305
Teléfono: 612 59 95
Telefax: 612 82 27 • Bogotá, D. C.
E-mail: fespinal@elsitio.net.co

FECHA APLICACIÓN	No. LOTE	LABORATORIO	TIPO DE VACUNA
13/09/05	300451	Prim	H6

DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA

CARNET DE VACUNACION
ADOLESCENTE Y ADULTO

NOMBRES: Aleida
APELLIDOS: Farfán
FECHA DE NACIMIENTO: 12-03-81
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: BOGOTÁ
TELÉFONO RESIDENCIA: 760 00 62
DIRECCIÓN RESIDENCIA: C/ 22 N. 47-70
IPS PRESTADORA: Medicos Asociados

CUNDINAMARCA
Es un departamento de Colombia

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

CONSERVELO



En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados
Por mí y por Colombia, yo me vacuno.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Ruth Aleida
Apellidos: Farfán Barrero
Documento de identidad: CC ☒ TI ☐ PASA ☐ PORTA ☐ No 21147733
Fecha de Nacimiento: Dis 12 Mes 03 Año 1981

UNIDAD MEDICA KROM
CALL 68B N 73A22
T. 2528491

UNIDAD MEDICA KROM
CALL 68B N 73A22
T. 2528491

Impresión cortesía de

BIOTOSCANA S.A.
Su Ángel protector en salud

21/05/2001

CARNET DE VACUNACION



Nombre	<u>FRANCISCA B. RUTH A.</u>
Dirección	<u>V. SAN PEDRO</u>
Teléfono	<u>856-5837</u>
H.C.	<u>VILLAPINZON</u>
Entidad Vacunadora	<u>KROM 252 84 91</u>

CARNET DE VACUNACION



Nombre	<u>Ruth Aleida Farfán</u>
Dirección	
Teléfono	
H.C.	<u>21.147.733</u>
Entidad Vacunadora	

Cortesía de

BIOTOSCANA S.A.
Políticas innovadoras de logísticas y atención

Su Ángel Protector en Salud

Preventio

VACUNA	FECHA DOSIS			REFUERZOS
	1a	2a	3a	
Hepatitis B	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001
Influenza (Grippe)	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001
Tesanos difteria	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001
Triplo viral (SARS)	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001	10/07/2001
Meningococo				
Hepatitis A				
Varicela				
Neumococo				
Fiebre Amarilla				

PREVENTIO LTDA
NIT 830 040 101 - 1

Firma y Sello

VACUNACION CON TOXOIDE TETANICO/DIFTERICO
PARA EMBARAZADAS Y MUJERES DE 10 A 45 AÑOS

DOSIS	FECHA APLICACION	No. LOTE	LABORATORIO	NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR
1ª Dosis (DTP)	10/07/2001			
2ª Dosis (DTP)	15/07/2003			
3ª Dosis (DTP)	10/02/06			
4ª Dosis (DTP)	10/03/06	Euphu-B		
5ª Dosis (DTP)				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	13/07/05	3000451	H6
Toxide Tetánico Difterico Td	1	13 Feb 106		
	2	10 Mar 12006		
	3	6/03/06		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
HEPRAVAC GENE	1a	20/10/01		
	2a	31/08/01		
	3a			
TETANOS DIFTERIA (DTP)	1	10/07/01		
	2	10/07/01		
	3	10/07/01		
	4	10/07/01		

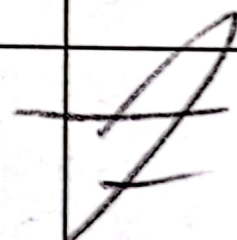
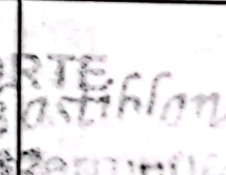
INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
ASGEPHAC 51	1			
VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
ARCEPRON 507	1			
TRIPLE VIRAL MORUPAC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1	31/08/01		
OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPRAVAC GENE	1a			
	2a			
	3a			
INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
ASGEPHAC 51	1	26 MAYO 2011		
VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
ARCEPRON 507	1			

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
ARVASEC 09-2011	1			
INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
ASGEPHAC 51	1			

VACUNACION CON TOXOIDE TETANICO/DIFTERICO

PARA EMBARAZADAS Y MUJERES DE 10 A 49 AÑOS

DOSIS	FECHA APLICACION	Nº. LOTE	LABORATORIO	NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR
1ª Dosis HOY	12/07/2001			
2ª Dosis al MES de la 1ª dosis.	15/09/2003			
3ª Dosis a los 6 MESES de la 2ª dosis.	13/02/06			
4ª Dosis al AÑO de la 3ª dosis.	10/03/2006	EU40111-B		
5ª Dosis al AÑO de la 4ª dosis.	03 ENE 2024	233745123	LPS Sanitas CENTRO MÉDICO NORTE NIT 904.231444-6 CALLE 14 # 14-33 BARRIO EL CENTRO BOGOTÁ D.C.	



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Farfan	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Barrero	NOMBRES Ruth Aleida
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 21147733	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 03 AÑO 1981 PAÍS DEPTO MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO MUNICIPIO TELÉFONO EMAIL alefar7733@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 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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	09	2018	21147733
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2005	21147733

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO ARBELÁEZ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3123264404			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	04	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO SEGURIDAD DEL PACIENTE			DEPENDENCIA CALIDAD CLINICA					DIRECCIÓN CALLE 7 8 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3123264404			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	02	Año	2024	Día	02	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR ENFERMERO			DEPENDENCIA CALIDAD CLINICA					DIRECCIÓN CARRERA 98A 98A 17						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3123264404				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	02	Mes	02	Año	2023	Día	14	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR LIDER DE CALIDAD				DEPENDENCIA CALIDAD CLINICA				DIRECCIÓN CARRERA 7B BIS 132 38							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD CUENTA NACIONAL DE ALTO COSTO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3123264404				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	23	Mes	05	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR ENFERMERO				DEPENDENCIA AREA AUDITORIA				DIRECCIÓN AUTOPISTA null NORTE 103 34							

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	1	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-05-26 20:24**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RUTH	ALEIDA	FARFÁN	BARRERO

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 21147733

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio VILLAPINZÓN	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento BOGOTÁ. D.C.	Municipio BOGOTÁ. D.C.	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio ARBELÁEZ
Dirección ["Calle 7 No.8-48, Arbelàez Cundinamarca"]		
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	\$15.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$3.000.000,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$18.000.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	\$120.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
HIPOTECA	\$48.000.000,00

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: