

**SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**
CC 63.452.415 FLORIDABLANCA (SANTANDER)
FECHA DE NACIMIENTO: BUCARAMANGA 24 MARZO DE 1982
DIRECCION RESIDENCIAL: CARRERA 5E No 28-109 CASA 45
CEL 3186293556 ESTADO CIVIL: SOLTERA

## PERFIL

Me encuentro capacitada para intégrame a proceso de mejoramiento y dinamismo y poseo gran capacidad, para el desarrollo de planes estratégicos y visionarios relacionados con los campos de las finanzas y la administración.

Dentro de las condiciones personales que me caracteriza está el alto nivel de compromiso frente a la responsabilidad que se me asigne al igual que el desarrollo permanente de la capacidad de liderazgo enfocada hacia la consecución de los objetivos empresariales y personales

## FORMACIÓN ACADEMICA

**UNIVERSITARIOS**

**COPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON**
CONTADORA PÚBLICA
Medellín

**FUNDACION TECNOLOGICA FITEC**
TECNOLOGA GESTION EN SERVICIOS DE SALUD
Bucaramanga

**SECUNDARIOS**

**COLEGIO ASED**
BACHILLER ACADEMICO
1999
BUCARAMANGA

## OTROS ESTUDIOS

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTADER**
TALLER CAPACITACION MANUAL ISS 2001
2005
BUCARAMANGA

**FIDUFOSYGA**
TALLER DE ASISTENCIA TECNICA PROCESO DE RECLAMACION POR EVENTO ECAT
BUCARAMANGA
2010

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**
Taller capacitación de proceso de facturación Banco de Sangre
BUCARAMANGA
2008

**COHOOSAN**
SEMINARIO ACTUALIZACION DECRETO 4747 DEL 2007
2009

**ACESI-FUNDASUPERIOR**

XVII SEMINARIO TALLER
CONGRESO ACCION POR LA SALUD DE TODOS
2019

**ACESI-FUNDASUPERIOR**

XII SEMINARIO TALLER
CONGRESO CONTRATACION EN SERVICIOS DE SALUD 2020

**SENA**

DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL PARA LA
IMPLEMENTACION DE LA INTEROPERABILIDAD
DE HISTORIAS CLINICAS ELECTRONICA Y FACTURACION ELECTRONICA.
2020

**CORPORACIONN UNIVERSITARIA REMIGNTON**
SEMINARIO TRIBUTACION INTERNACION Y ADUANERA
2023

## EXPERIENCIA LABORAL

| | |
|---|---|
| 1. | **EXPERIENCIA ESPECÍFICA:**<br><br>**Contratante: ASOCIACIÓN SANTANDEREANA PRO NIÑO RETARDADO MENTAL "ASOPORMEN"**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con recaudo de cartera conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones, generadas por las diferentes entidades responsables. Auditoria al área de facturación y revisión de contratos con las EPS.<br><br>**Periodo**: 01 marzo del 2013 al 31 Mayo del 2023 |
| 2. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Reporte de circular 030, Sismed y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 01 de Noviembre de 2014 a la fecha. |

| | |
|---|---|
| 3. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Reporte de circular 030 y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 23 Agosto de 2021 a la fecha. |
| 4. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL UCATA**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Reporte de circular 030 y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 17 Agosto de 2021 a la fecha |
| . 5. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Reporte de circular 030, Sismed y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 01 de Marzo de 2017 a la fecha. |
| 6. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL SAN JOSE VALLE DE SAN JOSE**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables, liquidación de contratos, y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 01 de Noviembre del 2017 a 31 Diciembre 2022. |

| | |
|---|---|
| 7. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO CENTRO DE SALUD DE PARAMO**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Liquidación de contratos, proceso de presentación acreencias, Reporte de circular 030, y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 01 de Agosto del 2017 al 30 marzo del 2019 |
| 8. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE SURATA**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Liquidación de contratos, Reporte de circular 030, Sismed, Liquidación de contratos régimen subsidiado y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 01 de Marzo del 2019 a la fecha |

| | |
|---|---|
| 9. | **Contratante: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE CURITI**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con facturación y conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE, Liquidación de contratos régimen subsidiado y Recaudo de Cartera.<br><br>**Periodo**: 19 Julio del 2019 a la Fecha |
| 10. | **Contratante: GERMAN PABLO SANDOVAL "AUDIOFON"**<br><br>**Objeto del contrato** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con recaudo de cartera, Auditoria de cuentas medicas, conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones, generadas por las diferentes entidades responsables<br><br>**Periodo**: 01 de Octubre de 2016 a 30 Junio 2022. |

| | |
|---|---|
| 11. | **Contratante: Empresa Social de Estado Hospital Universitario de Santander**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con conciliaciones de glosas definitivas y/o devoluciones generadas por las diferentes entidades responsables a la ESE HUS.<br><br>**Periodo**: 17 de febrero de 2012 al 18 de agosto de 2012 |
| 12. | **Contratante: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA "ISABU"**<br><br>**Objeto del contrato:** Apoyo a la gestión financiera en lo relacionado con el cobro persuasivo y liquidación de contrato de las empresas responsables de pago.<br><br>**Periodo**: 17 de Agosto de 2012 al 31 Diciembre 2012. |
| 13. | **Contratante:** Empresa Social de Estado Hospital Universitario de Santander<br><br>**Objeto del contrato**: Auditoría de cuentas médicas en glosas aceptadas por la ESE Hospital Universitario de Santander para clasificación de posible daño fiscal.<br><br>**Periodo**: Febrero 2011 al 31 de diciembre de 2011 |
| 14. | **Contratante**: TOOLSS<br><br>**Objeto del contrato:** Auditoría de cuentas médica de la Empresa social de estado Hospital Universitario de Santander y secretaria de Salud de Santander<br><br>**Periodo:** 18 Febrero del 2008 al 21 Enero del 2010 |
| 15. | **Contratante**: AVANZAR MEDICO<br><br>**Objeto del contrato:** Auditoría de cuentas médica de las facturas presentadas por las IPS<br><br>**Periodo:** ABRIL 2007 - AGOSTO 2007 |

| | |
|---|---|
| 14. | **Contratante**: CONSULFABA<br><br>**Objeto del contrato:** Auditoría de cuentas médicas en las ESE en liquidación (Hospital Ramón González valencia, Hospital San Juan de Dios de Piedecuesta, Vélez, San Gil)<br><br>**Periodo:** SEPTIEMBRE 2005 - NOVIEMBRE 2006 |

**REFERENCIAS LABORALES**

MARTHA MONTAÑEZ
MÉDICA Y CIRUJANA
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD
AUDITORA MÉDICA
3132607052.

**REFERENCIAS PERSONALES**

**MARIA ISABEL LUQUE**
**MÉDICA Y CIRUJANA**
**301-5017190**

**SANDRA MILENA VEGA**
**CC 63.452.415**

CORPORACION UNIVERSITARIA
REMINGTON

La suscrita de

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

SANDRA MILENA
VEGA GUERRERO

c.c. 63.452.415

Ha completado todos los estudios que los estatutos de la Corporación exigen para optar al título en **Contaduría Pública**, le expide el presente diploma, al mismo tiempo testifica y garantiza bajo la fe pública de que se halla investida por el Ministerio de la Ley, que es idóneo para desempeñarse como:

CONTADORA PÚBLICA

En testimonio de ello se firma el presente diploma en Medellín, a los 28 días del mes de Julio de 2023

Registrado en el Folio 57174 Libro 0016 - Acta de Grado No 2195

RECTORA

SECRETARIO GENERAL

DECANO

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

# FUNDACIÓN
# TECNOLÓGICA FITEC

Personería Jurídica Resolución No. 005 del 3 de Enero de 1992 MEN

EN ATENCIÓN A QUE:

## Sandra Milena Vega Guerrero

C.C. 63.452.415 de Floridablanca

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos.
Le confiere el título de:

## Tecnólogo en Gestión de Servicios de Salud

Registro Calificado Resolución Nº 1250 del 16 de Marzo de 2007

En constancia se firma y sella en Bucaramanga
a los 13 días del mes de Diciembre de 2012

Registrado en el Folio 227 libro de registro de diplomas No. 1

**Rector**

**Secretario General**

No. 4450

La República de Colombia
y en su nombre

EL COLEGIO

ASED

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santander
según Resoluciones No. 458 de Noviembre 22 de 1996 y 706 de Diciembre 15 de 1998

*Confiere a*

# *Sandra Milena Vega Guerrero*

*T.I. 820126-02130 de Bucaramanga*

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los planes
y programas definidos en nuestro Proyecto Educativo Institucional
(Artículo 28 de la ley 115 de 1994)

Rector

Yolanda Vargas Torres
Secretario Académico

El Director Notario del Círculo hace
Constar que ESTE FOLIO ES AUTENTICO como
Copia del original que se tiene a la
Vista

18 JUL 2008

MARTHA LUCIA ESPEJO
Notaria Suplente
CIRCULO BUCARAMANGA

Anotado al Folio 067 del Libro Extra Central Interno de Diplomas No. 1
Dado en Bucaramanga a los 15 días del mes de Diciembre de 1999

San Rafael De Matanza

E.S.E. HOSPITAL

**LA SUSCRITA AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE MATANZA**

**C E R T I F I C A:**

Que la Doctora **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**, identificada con cédula de ciudadanía Nº **63.452.415** expedida en Floridablanca (Santander), presta sus servicios en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA, mediante Contrato de Prestación de servicios como ***Asesora de Cartera y Facturación***, de acuerdo al siguiente detalle:

| *Nº Contrato* | *Vigencia* | *Honorarios Mensuales* |
|---|---|---|
| 012/2015 | 09/01/2015 al 30/06/2015 | $1.700.000.00 |
| 047/2015 | 07/07/2015 al 30/09/2015 | 1.700.000.00 |
| 071/2015 | 01/10/2015 al 31/12/2015 | 1.700.000.00 |
| 013/2016 | 19/01/2016 al 30/06/2016 | 1.700.000.00 |
| 043/2016 | 01/07/2016 al 31/07/2016 | 800.000.00 |
| 058/2016 | 02/08/2016 al 31/08/2016 | 800.000.00 |
| 071/2016 | 03/10/2016 al 31/12/2016 | 800.000.00 |
| 015/2017 | 31/01/2017 al 30/04/2017 | 1.680.000.00 |
| 018/2017 | 05/05/2017 al 04/08/2017 | 1.500.000.00 |
| 035/2017 | 14/08/2017 al 13/10/2017 | 1.500.000.00 |
| 049/2017 | 17/10/2017 al 16/11/2017 | 1.500.000.00 |
| 062/2017 | 20/11/2017 al 29/12/2017 | 1.500.000.00 |
| 009/2018 | 09/01/2018 al 08/09/2018 | 1.575.000.00 |
| 037/2018 | 10/09/2018 al 09/11/2018 | 1.575.000.00 |
| 064/2018 | 13/11/2018 al 30/12/2018 | 1.575.000.00 |
| 005/2019 | 02/01/2019 al 30/12/2019 | 1.650.000.00 |
| 003/2020 | 02/01/2020 al 30/06/2020 | 1.716.000.00 |
| 044/2020 | 02/07/2020 al 01/08/2020 | 1.716.000.00 |
| 065/2020 | 04/08/2020 al 03/11/2020 | 1.900.000.00 |
| 093/2020 | 05/11/2020 al 30/12/2020 | 1.900.000.00 |
| 009/2021 | 04/01/2021 al 30/12/2021 | 1.957.000.00 |
| 009/2022 | 01/01/2022 al 30/03/2022 | 2.016.000.00 |

Se expide para efectos y trámites de la interesada.

Dada en Matanza (Santander) a los veinticinco (25) días del mes de Febrero de dos mil veintidós (2022).

**CLAUDIA PATRICIA GUERRERO BARAJAS**
Auxiliar Administrativo

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL BARICHARA | REPUBLICA DE COLOMBIA<br>MINISTERIO SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL<br>E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA | Código<br>HISJDB-FOR-01 |
| | CERTIFICACION | Versión: 0.1<br>Fecha 15/11/2015<br>Página 1/1 |

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA**

**HACE CONSTAR:**

Que revisados los archivos que reposan en la Institución **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**, identificada con cédula de ciudadania No. 63.452.415, presta sus servicios a la E.S.E Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara según relación:

| No. CONTRATO | OBJETO | FECHA DE INICIO | FECHA TERMINACIÓN | VALOR CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| 025-2020 | Apoyo depuración cartera, conciliacion de glosas, recobros, liquidación de contratos con las eps, asesoria al proceso de facturación, apoyo en el cargue de información al plataforma sispro, auditoria y seguimiento a las metas de promoción y prevención. | 07/01/2020 | 30/06/2020 | $8.040.000 |
| 084-2020 | | 03/07/2020 | 30/09/2020 | $4.020.000 |
| 116-2020 | | 01/10/2020 | 31/12/2020 | $4.020.000 |
| 013-2021 | | 05/01/2021 | 31/01/2021 | $2.450.000 |
| 036-2021 | | 01/02/2021 | 30/06/2021 | $11.700.000 |
| 097-2021 | | 01/07/2021 | 30/09/2021 | $7.020.000 |
| 113-2021 | | 01/10/2021 | 31/12/2021 | $7.020.000 |
| 013-2022 | | 03/01/2022 | 30/06/2022 | $14.461.200 |

Se expide en Barichara, a solicitud del interesado a los veinticinco (25) días del mes de Febrero del año dos mil veintiuno (2021).

**LUIS DANIEL VERJEL SANCHEZ**
Gerente
E.S.E Hospital Integrado San Juan de Dios
Barichara

"La salud es nuestro compromiso"
E.S.E CENTRO DE SALUD
HERMANA GERTRUDIS
NIT. 804 015 154-8
AGUADA - SANTANDER

**LA SUSCRITA GERENTE**
**DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS**
**DEL MUNICIPIO DE AGUADA SANTANDER**

**C E R T I F I C A**

Que la Doctora **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.452.415 expedida en Floridablanca, laboro como apoyo en el área de cartera de la **ESE CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS**, desde el 13 de Julio hasta el 30 de Diciembre de 2020, según contrato No. **033-2020**; desde el 02 de Marzo hasta el 30 de Diciembre de 2021, según contrato No. **021-2021**; desde el 11 de Enero hasta el 30 de Junio de 2022, según contrato No. **009-2022** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN EL AREA DE CARTERA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS DEL MUNICIPIO DE AGUADA; cuyo objeto era: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN EL AREA DE CARTERA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS DEL MUNICIPIO DE AGUADA.**

Expedida en el Municipio de Aguada Santander, a solicitud del interesado a los Dos (02) días del mes Marzo de dos mil veintidós (2022).

**MAYRA ALEJANDRA GUALDRON CHARARRO**
**GERENTE**
**ESE CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | REPUBLICA DE COLOMBIA<br>DEPARTAMENTO DE SANTANDER<br>MUNICIPIO DE CURITI<br>ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE<br>*Nit. 890.202.066-2 Cod. 6822900716* | | |
| | Código: | Versión: 2.0 Fecha: 05-2018 | Página 1 de 1 |
| | CERTIFICADO | | |

## LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CURITI, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES;

# C E R T I F I C A

Que la dra **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO, Identificada con cédula de ciudadanía número 63.452.415 expedida en Floridablanca – Santander**, presta servicios a la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CURITI, vinculada mediante contrato de prestación de servicios con el siguiente objeto: Prestación de servicios como apoyo a la gestión en lo relacionado con el recaudo, revisión y depuración de cartera, conciliaciones de glosas definitivas y / o devoluciones generadas por las diferentes entidades, según los contratos y fechas que se relacionan a continuación:

| No. Contrato | Periodo de Ejecución | Valor |
|---|---|---|
| 026-2019 | 19/06/2019 a 19/10/2019 | $8.000.000= |
| 014-2020 | 06/05/2020 a 06/09/2020 | $6.000.000= |
| 034-2020 | 15/10/2020 a 30/12/2020 | $3.750.000= |
| 015-2021 | 12/02/2021 a 13/10/2021 | $12.000.000= |
| 060-2021 | 28/10/2021 a 28/12/2021 | $3.000.000= |
| 024-2022 | 28/01/2022 a 30/06/2022 | $9.180.000= |

En constancia se firma en Curití, a los veinticuatro (24) días del mes de Febrero de Dos Mil Veintidós (2022) con destino a entidad bancaria.

**MÓNICA FERNANDA SÁNCHEZ FLÓREZ**
Gerente E.S.E. Hospital San Roque
Curití - Santander

San Rafael De Matanza
E.S.E. HOSPITAL

**LA SUSCRITA AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE MATANZA**

**C E R T I F I C A:**

Que la Doctora **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**, identificada con cédula de ciudadanía **Nº 63.452.415** expedida en Floridablanca (Santander), presta sus servicios en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA, mediante Contrato de Prestación de servicios como ***Asesora de Cartera y Facturación***, de acuerdo al siguiente detalle:

| *Nº Contrato* | *Vigencia* | *Honorarios Mensuales* |
|---|---|---|
| 012/2015 | 09/01/2015 al 30/06/2015 | $1.700.000.00 |
| 047/2015 | 07/07/2015 al 30/09/2015 | 1.700.000.00 |
| 071/2015 | 01/10/2015 al 31/12/2015 | 1.700.000.00 |
| 013/2016 | 19/01/2016 al 30/06/2016 | 1.700.000.00 |
| 043/2016 | 01/07/2016 al 31/07/2016 | 800.000.00 |
| 058/2016 | 02/08/2016 al 31/08/2016 | 800.000.00 |
| 071/2016 | 03/10/2016 al 31/12/2016 | 800.000.00 |
| 015/2017 | 31/01/2017 al 30/04/2017 | 1.680.000.00 |
| 018/2017 | 05/05/2017 al 04/08/2017 | 1.500.000.00 |
| 035/2017 | 14/08/2017 al 13/10/2017 | 1.500.000.00 |
| 049/2017 | 17/10/2017 al 16/11/2017 | 1.500.000.00 |
| 062/2017 | 20/11/2017 al 29/12/2017 | 1.500.000.00 |
| 009/2018 | 09/01/2018 al 08/09/2018 | 1.575.000.00 |
| 037/2018 | 10/09/2018 al 09/11/2018 | 1.575.000.00 |
| 064/2018 | 13/11/2018 al 30/12/2018 | 1.575.000.00 |
| 005/2019 | 02/01/2019 al 30/12/2019 | 1.650.000.00 |
| 003/2020 | 02/01/2020 al 30/06/2020 | 1.716.000.00 |
| 044/2020 | 02/07/2020 al 01/08/2020 | 1.716.000.00 |
| 085/2020 | 04/08/2020 al 03/11/2020 | 1.900.000.00 |
| 093/2020 | 05/11/2020 al 30/12/2020 | 1.900.000.00 |
| 009/2021 | 04/01/2021 al 30/12/2021 | 1.957.000.00 |
| 009/2022 | 01/01/2022 al 30/03/2022 | 2.016.000.00 |

Se expide para efectos y trámites de la interesada.

San Rafael De Matanza

E.S.E. HOSPITAL

Dada en Matanza (Santander) a los veinticinco (25) días del mes de Febrero de dos mil veintidós (2022).

**CLAUDIA PATRICIA GUERRERO BARAJAS**
Auxiliar Administrativo

**LA SUSCRITA TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL MUNICIPIO DEL VALLE DE SAN JOSÉ, SANTANDER.**

**CERTIFICA:**

Que **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 63.452.415 de Bucaramanga, labora en esta Institución, suscribiendo los siguientes contratos de Prestación de Servicios que se detallan a continuación:

- **Contrato de Prestación de Servicios No.017 de 2018**

**Objeto: SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION GERENCIAL EN LA RADICACION, CONCILIACION DE GLOSAS, RECOBROS,COBROS DE CARTERA, CAPACITACION DEL PERSONAL EN FACTURACION Y ATENCION A LOS USUARIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DEL VALLE DE SAN JOSE.**

**Tiempo Ejecución:** Ocho (08) meses

**Actividades:**
1)Revisar el manejo dado a los procesos de auditoria, glosas, recuperación de cartera, y darle un giro positivo a través de estrategias que dinamicen la operatividad de los mismos.
2) Generar facturación individual a pacientes, cuentas de cobro a EPS y archivos planos correspondientes.
3) Definir el perfil de cada cargo, las funciones esenciales, las contribuciones individuales, los conocimientos básicos necesarios para el desempeño de las mismas, a fin de mejorar su eficiencia y eficacia y por ende la prestación de los servicios.
4) Entregar informes de ejecución mensual de actividades y metas alcanzadas.
5) Las demás que señale la ESE Hospital San José a través del supervisor del contrato.

- **Contrato de Prestación de Servicios No. 045 de 2018**

**Objeto: SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION GERENCIAL EN LA RADICACION, CONCILIACION DE GLOSAS, RECOBROS, COBROS DE CARTERA, CAPACITACION DEL PERSONAL EN FACTURACION Y ATENCION A LOS USUARIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DEL VALLE DE SAN JOSE.**

**Tiempo Ejecución:** Tres (3) meses y quince (15) días

**Actividades:**
1)Revisar el manejo dado a los procesos de auditoria, glosas, recuperación de cartera, y darle un giro positivo a través de estrategias que dinamicen la operatividad de los mismos.
2) Generar facturación individual a pacientes, cuentas de cobro a EPS y archivos planos correspondientes.
3) Definir el perfil de cada cargo, las funciones esenciales, las contribuciones individuales, los conocimientos básicos necesarios para el desempeño de las mismas, a fin de mejorar su eficiencia y eficacia y por ende la prestación de los servicios.

4) Entregar informes de ejecución mensual de actividades y metas alcanzadas.
5) Las demás que señale la ESE Hospital San José a través del supervisor del contrato.

- **Contrato de Prestación de Servicios No. 018 de 2019**

**Objeto: SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION GERENCIAL EN LA RADICACION, CONCILIACION DE GLOSAS, RECOBROS, COBROS DE CARTERA, CAPACITACION DEL PERSONAL EN FACTURACION Y ATENCION A LOS USUARIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DEL VALLE DE SAN JOSE.**

**Tiempo Ejecución:** Seis (06) meses

**Actividades:**
1)Revisar el manejo dado a los procesos de auditoria, glosas, recuperación de cartera, y darle un giro positivo a través de estrategias que dinamicen la operatividad de los mismos.
2) Generar facturación individual a pacientes, cuentas de cobro a EPS y archivos planos correspondientes.
3) Definir el perfil de cada cargo, las funciones esenciales, las contribuciones individuales, los conocimientos básicos necesarios para el desempeño de las mismas, a fin de mejorar su eficiencia y eficacia y por ende la prestación de los servicios.
4) Entregar informes de ejecución mensual de actividades y metas alcanzadas.
5) Las demás que señale la ESE Hospital San José a través del supervisor del contrato.

La presente se expide a solicitud del interesado, para su trámite y fines pertinentes, dada en el Valle de San José, a los veintitrés (23) días del mes de Mayo del año dos mil diecinueve (2019).

**ZOILA ANTONIA MELGAREJO CALDERON**
Técnico Administrativo

# EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA FIRMA TOOL SYSTEM SOLUTIONS LTDA.

## CERTIFICA QUE:

La señora **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO,** identificada con cedula de ciudadanía No 63.452. 415 de Floridablanca Santander, laboro con nuestra firma el proceso de auditoría de cuentas médicas y cartera ejecutado con el Hospital Universitario de Santander, desempeñando el cargo de **TÉCNICO DE GLOSAS**, partir 18 de Febrero de 2008, hasta 21 de Enero de 2011.

Aplicando sus conocimientos de Auditoria y revisoría de cuentas medicas en el sistema de Seguridad social en los diferentes planes de beneficios en las entidades integrales del sistema de seguridad social, EPS,ARS,IPS, subsidiado y contributivo con funciones de manejo de sistemas DGH(Dinámica Gerencial Hospitalaria), sistemas de office y base de datos.

La anterior certificación se expide en Bucaramanga a los 01 días del mes de abril de 2011 a solicitud del interesado.

**EDWIN GABRIEL DIZZETT NAVARRETE**
**Representante Legal**

Calle 53 No. 31-152 Oficina 501Teléfono: 6993785 Telefax: 6432801Móvil 316 2722328

INTEGRAR

NIT 811.026.729-1

**A QUIEN INTERESE**

Certificamos que el (la) señor (a) **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 63.452.415 de Floridablanca, estuvo vinculado (a) como Asociado Trabajador de la **COOPERATIVA INTEGRAR** al servicio de **SALUDVIDA E.P.S.,** mediante Convenio de Asociación, desde el **15 de Enero de 2007 hasta el 25 de Febrero de 2007**, desempeñando el cargo de **TÉCNICO DE CUENTAS MEDICAS** en la Ciudad de Bucaramanga.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los 20 días del mes de Abril de 2007, en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

**CLAUDIA PATRICIA BOTERO RAMIREZ**
Coordinadora de Recursos Humanos

C.C. Hoja de Vida

DH

SGS

Cra 16 No 79-34 Piso 5 Ofic. 501,502 Edificio Amafi
PBX. 6912700, FAX 6912391, e-mail integrar@cooperintegrar.com, PAGINA WEB: www.cooperintegrar.com
Bogota D.C., Colombia

EL REPRESENTANTE LEGAL DE CONSULFABA ASOCIADOS U.T.

C E R T I F I C A

Que la señorita **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 63.452.415 de Floridablanca - Santander, estuvo vinculada bajo la modalidad de prestación de servicios como Revisor de Cuentas Médicas en el contrato interadministrativo con los Hospitales en Liquidación (Hospital San Juan de Dios Velez, San Gil, Piedecuesta y Ramon Gonzales Valencia ) durante el periodo comprendido entre el 1° de Septiembre de 2005 al 9 de Noviembre de 2006, tiempo durante el cual cumplio con dedicación y empeño las actividades y tareas asignadas.

Se expide la presente CERTIFICACION a solicitud de la interesada, a los veintitres (23) días del mes de febrero de 2007.

**EMIRO JOSE GARCIA PALENCIA**
Representante Legal

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

EL MEDICO AUDITOR DE LA OFICINA DE AUDITORIA CLINICA EN EL H.U.S.

CERTIFICACION

Yo EDGAR SALAMANCA VALENZUELA, identificado con cedula de ciudadania numero 91.102.860 del SOCORRO, y *profesion medico auditor clinico*, *certifico que* conozco la señorita SANDRA MILENA VEGA GUERRERO identificada con cedula de ciudadania numero 63.452.415 de floridablanca, como una persona responsable cumplidora de sus deberes, en funciones de auditoria de cuentas medicas como: soportes, envios, transcripción de glosas realizandolas con gran eficacia y eficiencia las actividades realizadas.

Expedida en Bucaramanga a los (19) dias del mes de septiembre de 2005.

Dr. EDGAR SALAMANCA VALENZUELA
Medico Auditor Haggen audit. Ltda.

Fundenal

# EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION PARA DESARROLLO NACIONAL (FUNDENAL) CERTIFICA QUE:

La señora **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO,** identificada con cedula de ciudadanía No 63.452. 415 de Floridablanca Santander, laboro con nuestra firma el proceso de auditoria de cuentas médicas y cartera ejecutado con el Hospital Universitario de Santander, desempeñando el cargo de **TÉCNICO DE RECOBROS ANTE EL FOSYGA**, partir 01 de OCTUBRE del 2009, hasta 30 de Junio del 2010. Aplicando sus conocimientos de Auditoria y revisoría de cuentas medicas en el sistema de Seguridad social en los diferentes planes de beneficios en las entidades integrales del sistema de seguridad social, FOSYGA con funciones de manejo de sistemas según la normatividad vigente en el contrato suscripto con la Secretaria de Salud de Santander.

La anterior certificación se expide en Bucaramanga a los 01 días del mes de abril de 2011 a solicitud del interesado.

ANDRES MAURICIO CAMACHO
Representante Legal

**YADIRA ACEVEDO PEREIRA ABOGADA**

**CERTIFICAN**

Que la Señora **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO,** identificada con cédula de ciudadanía No 63.452.415 Expedida en Floridablanca (Santander), presta sus servicios en los contratos suscriptos con la ASOCIACION SANTANDEREANA PRO NIÑO RETARDADO MENTAL Y LA CLINICA GERMAN PABLO SANDOVAL AUDIOFON, mediante Contrato de Prestación de Servicios como Asesora de Cartera y Facturación desde 01 marzo del 2013 a la fecha.

Se expide para efectos y trámites de la interesada.

Dada en Bucaramanga (Santander) a los dieciséis (16) días del mes de Septiembre de dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente;

YADIRA ACEVEDO PEREIRA
C.C No. 63.330.812 de Bucaramanga

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Vega | Guerrero | Sandra Milena |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 63452415 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 24 MES 03 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 5E - 28 109 casa 45

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 6187677 EMAIL samive.24@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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1999 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | CONTADURIA | 04 | 2023 | 344744-T |
| PREGRADO | 6 | X | | TECNOLOGIA EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD | 11 | 2012 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| | | | | | | | |

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER | MUNICIPIO<br>MATANZA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3174324627 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2025 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR FACTURACION | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - FACTURACION C | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 6 3 1 | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER | MUNICIPIO<br>FLORIDABLANCA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>767080020 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 30 | Mes | 07 | Año | 2025 | Día | 20 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ABOGADA GESTORA DE CARTERA | DEPENDENCIA<br>CONTRATISTA | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 4 7 1 FLORIDABLANCA | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>FLORIDABLANCA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3009149854 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 02 | *Año* 2025 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO A CARTERA | *DEPENDENCIA*<br>APOYO A CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 7 01 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>FLORIDABLANCA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3006689034 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 09 | *Año* 2024 | *Día* | 21 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR PROCESOS ADMIN Y FINANC | *DEPENDENCIA*<br>APOYO FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 SUR 7 1 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>FLORIDABLANCA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3006689034 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 06 | *Año* 2024 | *Día* | 10 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CARGO DE GESTORA | *DEPENDENCIA*<br>ADMIN. FINANCIERA Y CONTABLE | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 SUR 7 1 floridablanca | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3142026793 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 03 | *Año* 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1927 2009 APOYO A LA GESTION | *DEPENDENCIA*<br>APOYO FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GALÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 6 53 GALAN | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>SURATÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 07 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION Y FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 - 1 06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GALÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 05 | *Año* 2023 | *Día* | 28 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 6 59 GALAN | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 04 | *Año* 2023 | *Día* | 02 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 - 3 01 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>SURATÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 01 | *Año* 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION Y FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 - 1 06 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GALÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 01 | *Año* 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>APOYO FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 6 53 GALAN | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS DE AGUADA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>AGUADA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 4 3 AGUADA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138532140 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA Y FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 - 3 01 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GALÁN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>APOYO FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 6 53 GALAN | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GALÁN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 03 | *Mes* | 05 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 6 53 GALAN | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 03 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALAN | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GALÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 08 | *Año* | 2021 | *Día* | 22 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 6 53 GALAN | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>SURATÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA Y FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 1 6 SURATA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE GUAVATA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>GUAVATÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 07 | *Año* | 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 - 2 60 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 | *Día* | 03 | *Mes* | 11 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 07 | *Año* | 2020 | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARETERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 matanza | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 11 | *Año* | 2018 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 09 | *Año* | 2018 | *Día* | 09 | *Mes* | 11 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 01 | *Año* | 2018 | *Día* | 08 | *Mes* | 09 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 matanza | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 10 | *Año* | 2017 | *Día* | 16 | *Mes* | 11 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>FLORIDABLANCA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 08 | *Año* | 2017 | *Día* | 13 | *Mes* | 10 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTORA EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA Y FACTURA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 3 1 MATANZA | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 05 | *Año* | 2017 | *Día* | 04 | *Mes* | 08 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 6 - 3 01 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6298205 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2017 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION Y CARTERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 6 1 MATANZA | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138532140 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2016 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA Y FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 6 1 matanza | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138532140 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 01 | *Año* | 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA Y FACTURACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 6 1 matanza | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2015 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2015 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE FACTURACION Y CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 6 1 matanza | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6298205 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 07 | *Año* | 2015 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2015 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>CARTERA Y FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 N 3 01 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE MATANZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MATANZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 01 | *Año* | 2015 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2015 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION - CARTERA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 6 1 MATANZA | | | | | |

## 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* | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 6 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 3 | 5 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

Bucaramanga, 01 de julio de 2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

| 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:

| |
|---|
| |

| 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:

## 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.

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $234.137.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $234.137.000,00 |

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 | $8.500.625,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| CASA | COLOMBIA | SANTANDER | FLORIDABLANCA | $180.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| BANCOS | $389.000.000,00 |

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 | 2026-07-01 18:37 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| SANDRA | MILENA | VEGA | GUERRERO |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 63452415 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | FLORIDABLANCA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | FLORIDABLANCA |

| | |
|---|---|
| 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 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | SURATÁ |
| Dirección | ["carrera 4 No. 1-06 Casco Urbano"] | | | | |
| 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 2024 fueron:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
63.452.415
NUMERO
VEGA GUERRERO
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1982
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
31-MAR-2000 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-2716900-59153279-F-0063452415-20081023
0130506295A 02 2132120208


JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES
344744-T
SANDRA MILENA
VEGA QUERRERO
C.C. 63452415
RES. INSCRIPCION 455 DEL 12/08/2025
CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL
396077
409174

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14867728367

(415)7707212489984(8020) 000001486772836 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 3 4 5 2 4 1 5 | 1 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 3 4 5 2 4 1 5 | 2 0 0 0 0 3 3 1 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Floridablanca 2 7 6 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VEGA | GUERRERO | SANDRA | MILENA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Floridablanca 2 7 6 |

41. Dirección principal
C R 5 E 28109 C A 2

42. Correo electrónico samive.24@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 | 3 1 8 6 2 9 3 5 5 6 | 6 1 8 7 6 7 7 |

## 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 |
| 6 9 2 0 | 2 0 0 5 0 4 0 5 | 7 0 2 0 | 2 0 0 5 1 0 1 2 | 4 1 1 1 | | 4 1 2 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 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 61. Fecha 2022 - 09 - 28 / 12 : 36: 43

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VEGA GUERRERO SANDRA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 63452415 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SANDRA MILENA VEGA GUERRERO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CRA 5E#28-109 CASA 2 | TELÉFONO: | 6187776 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | 6019469085 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2026/06/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 348714816 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 720.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 720.000 | $ 0 | $ 720.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 720.000** | **$ 0** | **$ 720.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS046 | EPS046-SALUD MIA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 562.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 562.500 | $ 0 | $ 0 | $ 562.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 562.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 562.500** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 109.700 | $ 109.700 | $ 0 | $ 0 | $ 109.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 109.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 109.700** |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 1 | $ 27.000 | $ 0 | $ 27.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 27.000** | **$ 0** | **$ 27.000** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 63452415 | VEGA GUERRERO SANDRA MILENA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 4.500.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 4.500.000 | $ 720.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 720.000 | EPS046-SALUD MIA EPS | 30 | $ 4.500.000 | $ 562.500 | $ 0 | $ 562.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 4.500.000 | $ 63452415 | $ 109.700 | 30 | $ 4.500.000 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | $ 27.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.419.200**

Fundación SaludMía eps | La EPS de los Santandereanos

# FUNDACION SALUD MIA EPS

## CERTIFICA

Que, el Cotizante SANDRA MILENA VEGA GUERRERO, identificado(a) con CC - 63452415, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Contributivo de nuestra entidad presenta la siguiente información:

**Información del Cotizante:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO** | | |
| **Tipo Identificación:** | CC | **Estado Actual:** | Afiliado Activo |
| **Número Identificación:** | 63452415 | **Causal Estado:** | |
| **Fecha de Radicación:** | 2024/11/01 | **Fecha Retiro:** | |

**Información Relación Laboral:**

| Documento | Razón Social Aportante | | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---|---|---|---|---|
| CC 63452415 | SANDRA MILENA VEGA GUERRERO | Vigente | 2024/11/01 | |

**INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN**

En constancia se firma y expide en la ciudad de Piedecuesta (Santander ) a los 01 días del mes de Julio de 2026, a solicitud del interesado.

Atentamente,

**HECTOR ORIEL SALAZAR**
**Profesional de Afiliaciones y BDUA**
FUNDACION SALUD MIA EPS

Vigilado Supersalud

CER_AFI_2026028854641

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

SANDRA MILENA VEGA GUERRERO identificado con CC. 63452415 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | E.S.E. HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE SURATA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 804005751 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/07/04 | **Fecha inicio contrato** | 2026/07/03 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/31 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | 2026/12/31 | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de julio 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: **CC03072026N63452415A19540132.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SANDRA MILENA VEGA GUERRERO identificado(a) con C.C No. 63.452.415, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de julio del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

# Certificación
## Bancaria

Miércoles, 08 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SANDRA MILENA VEGA GUERRERO identificado(a) con CC 63452415, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| CUENTA AHORROS | 79516946062 | 2013-12-10 | Activo | ***** |

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

Catalina Cortés Urbe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 01 de julio de 2026, a las 18:02:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 63452415 |
| Código de Verificación | 63452415260701180243 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 298750590

PIB
18:05:05


Bogotá DC, 01 de julio 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) SANDRA MILENA VEGA GUERRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63452415:

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 Relacionamiento 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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 06:07:19 PM horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63452415**

Apellidos y Nombres: **VEGA GUERRERO SANDRA MILENA**

**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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 01/07/2026 06:08:22 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **63452415** y Nombre: **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO.**

## 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. **143141856** . 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 Busqueda | Imprimir

# 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 18:10:31 horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63452415,** Apellidos y Nombres **VEGA GUERRERO SANDRA MILENA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE SAN SEBASTIAN DE SURATA**, con NIT **804005751-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 63452415 **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 03/07/2026 10:28 AM*

Código Verificación: **BD6ZE95C4N**

Válida hasta: **01/10/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



**MD. LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES**
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC 024244
Teléfono 3164392382 - 6167885
*DIRECCIÓN: Carrera 26 # 40-41 Centro Comercial Poblado Plaza Local 203*
*Correo: usisaludipssaludocupacinal@gmail.com*

# INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

**TIPO CERTIFICACION:** Ingreso X Periódico O Retiro O Post Incapacidad O Caso Ocupacional O
Control O Reubicación O Ingreso al SVE O Trabajo en alturas O

| **DATOS DEL PACIENTE** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **02/ ENERO /2024** | **Empresa:** | **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO** |
| **Nombre:** | **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO** | **Doc. Identidad:** | **63.452.415 DE BUCARAMANGA** |
| **Cargo:** | **PRESTACION DE SERVICIOS** | | |

**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS**

| | | |
|---|---|---|
| **1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR: DISTR** | **2. OPTOMETRIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL** | **3. RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES** |
| 4. ESPIROMETRIA: NO REALIZDA | 5. GLICEMIA : NO REALIZADA | 6. PERFIL LIPIDICO COMPLETO: NO REALIZADO |
| EXAMEN CARDIOPULMONAR: AUSCULTACION PULMONAR Y CARDIACA NORMAL | OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, ORL NORMAL | RESTO DE EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES |

| **EXAMEN DE INGRESO** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** | **FALTA INFORMACION** |
|---|---|---|---|---|
| **Apto para el cargo** | **X** | | | |
| Aplazado | | | | |
| Apto con restricciones | | | | |
| Apto para trabajar en alturas | | | | |
| Apto para trabajar en espacios confinados | | | | |
| Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido | | | | |
| Apto para el requerimiento del cargode la empresa o contratista | | | | |

| **EXAMEN PERIODICO** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | | |
| Requiere restricciones de actividades | | |
| Requiere reubicación laboral | | |
| Requiere reubicación laboral permanente | | |
| Apto para trabajar en alturas | | |
| Apto para trabajar en espacios confinados | | |
| **EXAMEN DE RETIRO** | **SI** | **NO** |
| Sospecha de Enfermedad Profesional | | |
| Secuelas de Accidente de Trabajo | | |
| Examen Físico Normal | | |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA PERIÓDICA**

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

| REMISION | SI | NO X | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

LUIS EDUARDO SAAVEDRA PUENTES
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CC: 91267852 RM: 01833/024244

Trabajador
CC:
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 82a29a7-56b8-402a-a4ff-d33f5db11ad

Nombres y apellidos / Full name: **SANDRA MILENA VEGA GUERRERO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **6 3 4 5 2 4 1 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **24/03/1982**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3186293556**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID SINOVAC | Primera | 26 | 03 | 2021 | | E202102012 | MATANZA ESE | DIANA MARCELA ROJAS FLOREZ |
| COVID SINOVAC | Segunda | 08 | 05 | 2021 | Sinovac | C202104054 | MATANZA ESE | DIANA MARCELA ROJAS FLOREZ |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 01 | 06 | 2026 | Serum | 0096M003 | SURATÁ ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN | DIANA LUCIA GUERRERO JAIMES - CC1095795036 - ACTIVO |

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

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

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

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

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