FORMATO DE CERTIFICADO PARA ACREDITAR ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – CAMAN

Referencia: Proceso de Contratación No. 003-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026

Yo, PAULA MARIANA NIÑO CORZO**,** declaro y acepto conocer íntegramente el contenido de todas y cada una de las especificaciones técnicas, así como de las **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS** detalladas en el anexo técnico del proceso de contratación

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

Con la suscripción del presente Anexo, en forma voluntaria e irrevocable, **ACEPTO** las especificaciones técnicas mínimas requeridas planteadas por **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – CAMAN,** en el anexo y especificaciones técnicas establecidas y demás que puedan surgir a partir de las diferentes adendas generadas en desarrollo del proceso; en consecuencia, **ME COMPROMETO A DARLES ESTRICTO CUMPLIMIENTO.**

DESCRIPCIÓN	ACEPTACIÓN EXPRESA
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DETALLADAS EN EL ANEXO TECNICO del proceso de selección No. 003-00-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026, cuyo objeto es: LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 8982 CAMAN-ESUFA.	**SI ACEPTO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ASÍ COMO EL PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN**

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Madrid Cundinamarca a los 04 días del mes de agosto de 2026.

Atentamente,



Nombre: SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ
Documento de Identidad: 52980409

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **4497** *de* **02/05/2012**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ RUIZ SANDRA VIVIANA Identificado(a) con CC número 52980409 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO(A), según título que le otorgó la EL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO el día 13/12/2011, acta de grado Nro. 20031, Diploma Nro. 34535 y registrado en el libro 29 Folio 88 año 2011.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 00274 de 09 de diciembre de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 20/01/2012.

Que el(la) señor(a)HERNANDEZ RUIZ SANDRA VIVIANA ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como MEDICO(A).

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a HERNANDEZ RUIZ SANDRA VIVIANA identificado(a) con CC número 52980409 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de MEDICO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **02/05/2012**

Original firmado Por
DR. IVAN JAIRT GUARÍN MUÑOZ
Director Desarrollo de Servicios de Salud

IVÁN JAIRT GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Aprobó : Isabel Cristina Artunduaga
Revisó : Daniel Ortiz B/Carmen Rosa Gallego.
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C _____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. #._____

Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ HUMANA

ANEXO - AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señores

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR Madrid, Cundinamarca

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

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

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

2) Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.

3) Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el numeral 5.1.4, numerales 2, 5, 6 y 7 del pliego de condiciones, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rrom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación.

Derechos del titular

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

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

b) Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales, inexactos, incompletos.

c) Solicitar prueba de la autorización otorgada.

d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.

e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.

f) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

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

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

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



Firma
Nombre: Sandra Viviana Hernández Ruiz
Cédula: 52.980.409

Formulario Compromiso anticorrupción

VIVIANA HERNANDEZ RUIZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de la Jefatura Salud para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto de presente Proceso de Contratación.

3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de Colombia Compra Eficiente o de las Entidades Compradoras, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.

4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

5. Me comprometo a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente compromiso anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 04 del mes de Agosto de 2026.



Firma

Nombre: VIVIANA HERNANDEZ RUIZ

Documento de identidad: 52980409

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	2026-08-23 10:50

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SANDRA	VIVIANA	HERNANDEZ	RUIZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	52980409

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MOSQUERA

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	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

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

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
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:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$56.142.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$10.996.000,00
TOTAL	$67.138.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MOSQUERA	$550.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
APARTAMENTO Y CARRO	$340.000.000,00

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

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 [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIO	ALBERTO	LOPEZ	ECHEVERRY

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 80123719

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Certificado de Información

El Departamento Administrativo de la Función Pública certifica que en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEPII, el usuario Sandra Viviana Hernandez Ruiz identificado(a) tipo de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 52980409 no registra actualmente Vinculación Activa ni contrato Vigente en el SIGEPII en la entidad DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1 donde está asociado el usuario.
Esta certificación se expide a los 23 días del mes de agosto del año 2026, a las 10:52 (horas)

Función Pública

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	**FORMATO**	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD BOGOTA FECHA 04/08/2026

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación.

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

2. INFORMACIÓN BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: VIVIANA HERNANDEZ RUIZ

Tipo documento de Identificación:	CC	
Cédula de Ciudadanía:		No. 52980409
Cédula de Extranjería:		No.
NIT Persona Jurídica:		No.
NIT Persona Natural:		No.
Pasaporte:		No.
Registro Civil:		No.
Tarjeta de Identidad:		No.
Otro Tipo Documento:		No. Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		**Cooperativa**		**Empresa Ind. Y Cial del Estado**	
Sociedad Colectiva		**Empresa Unipersonal**		**Asociaciones Mutualistas**	
Sociedad Comandita por Acciones		**Empresa Comunitaria**		**Fondos de Empleados**	
Sociedad Comandita Simple		**Empresa de Servicio**		**Instituto de Economía Solidaria**	
Sociedad de Economía Mixta		**Entidad Pública**		**Precooperativa**	
Sociedad de Hecho		**Empresa Solidaria de Salud**			
Sociedad Limitada		**Entidad sin Animo de Lucro**			

Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación	
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado	

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI
	PÚBLICO			NO X
	MIXTO			
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PÚBLICO	%		
	PRIVADO	%		
	TOTAL	%		

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	**FORMATO**	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXÓGENA		NO CONTRIBUYENTE	X
REGIMEN COMÚN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	X
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	NO	

5. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCIÓN		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	X

Dirección	Calle 10 Sur 11-23 Torre 2 Apto 808 - Reserva del Sol	Teléfono	3204155315
E-mail	vivihruiz13@gmail.com	Fax	
País	COLOMBIA	Región	
Ciudad	Mosquera		
Localización	Nacional / Extranjera		
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su(s) hijo(s) menor(es)	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Entidad Financiera	Bancolombia		**Número de Cuenta** : 16713907603		
Tipo de la cuenta bancaria	**Corriente**		**Ahorro**	**Depósito Electrónico**	
			X		

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales



NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato válido para la creación de cuentas bancarias de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

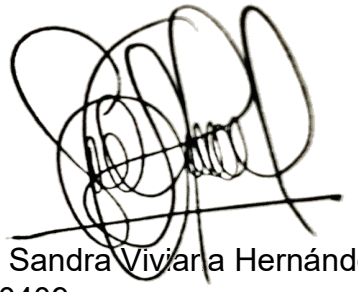
NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

Señores
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR-8982 CAMAN-ESUFA
Madrid Cundinamarca
04/08/2026

Cordial saludo

Mediante la presente yo Sandra Viviana Hernández Ruiz, identificada con cedula de ciudadanía No 52980409 me permito ofrecer mis servicios como médico general.

Mi oferta valor hora es por $32.000, para un valor mensual de $5.632.000 por prestación de servicios.

Firma 

Nombre: Sandra Viviana Hernández Ruiz
cc: 52980409

Certificación Bancaria

Martes, 04 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ identificado(a) con CC 52980409, 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 de ahorros	16713907603	2013-10-01	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 Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-109
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

I. DATOS PERSONALES

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

Apellidos:	HERNANDEZ RUIZ		Nombres:		SANDRA VIVIANA
N° de Documento:			Edad:		
Genero:	**Mujer**	X	**Hombre**		
Profesión u ocupación:			Número de contacto:		
Correo electrónico:					

II. DATOS LABORALES

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

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC		JEFSA FAC	X

Establecimiento de Sanidad Militar: ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO

Cargo al que aspira: FISIOTERAPEUTA

III. TIPO DE VINCULACIÓN

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

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

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

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

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

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE **ASISTENCIALES CON PROCEDIMIENTOS***

* Que realice labores administrativas y ocasionalmente realice procedimientos asistenciales.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE N/A
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	25/07/2024
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	24/01/2006
			2da	SI	14/02/2006
			3ra	SI	27/03/2006
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	SI	27/07/2023
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	20/06/2022
			2da	SI	27/07/2023
			3ra	SI	8/08/2026
			4ta	N/A	N/A
			5ta	N/A	N/A
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	N/A	N/A
	Hombre		1ra	N/A	N/A
			2da	N/A	N/A
			3ra	N/A	N/A
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	N/A	N/A
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	8/08/2026
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	13/09/2025
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	24/01/2006
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola).	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	22/10/2021
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	22/10/2021
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	N/A	N/A
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	8/08/2026
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema	N/A	N/A

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:	

VI. FIRMA DE COMPROMISO

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

SI		NO		

SI		NO		

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



Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo CT CARDENAS CALVETE KENDY MILADY



Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA AS21, ANYY JULIETH MORENO

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



Firma del aspirante:

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

BOGOTÁ D.C.
REPÚBLICA DE COLOMBIA

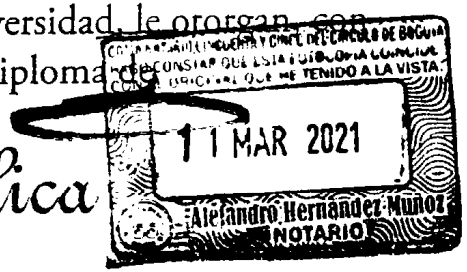
El Consejo Superior y el Rector de la Universidad de los Andes
con las debidas autorizaciones legales y teniendo en cuenta que

Sandra Viviana Hernández Ruiz

C. C. 52.980.409

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorgan con los derechos y obligaciones correspondientes, el diploma de

Magíster en Salud Pública



El presidente del Consejo Superior | El Rector | El Decano de la Facultad de Medicina | El Director de la Escuela de Gobierno | La Secretaria General

Bogotá D.C., 6 de abril de 2018
REGISTRADO: LIBRO 16 FOLIO 63

72649

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación.
Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo 1964.
Reconocimiento personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949 Minjusticia.

Universidad de los Andes

LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
RECONOCIMIENTO COMO UNIVERSIDAD: DECRETO 1297 DEL 30 DE MAYO DE 1964
RECONOCIMIENTO PERSONERÍA JURÍDICA: RESOLUCIÓN No. 28 DEL 23 DE FEBRERO DE 1949 MINJUSTICIA
NIT 860.007.386-1

Expide copia de lo pertinente de la siguiente Acta de Grado:

Acta de Grado No. 098-2018 Libro 16 -Folio 63 del 6 de abril de 2018:

En Bogotá, a 6 de abril de 2018, se reunieron en el Auditorio Mario Laserna, el doctor PABLO NAVAS SANZ DE SANTAMARIA, Rector de la Universidad; el doctor JUAN CAMILO CARDENAS CAMPO, Decano de la Facultad de Economía; el doctor RAFAEL HERNANDO BARRAGAN ROMERO, Decano de la Facultad de Arquitectura y Diseño; el doctor ANDRES SARMIENTO RODRIGUEZ, Decano de la Facultad de Medicina; el doctor EDUARDO PIZANO DE NARVAEZ, Director de la Escuela de Gobierno; la doctora MARIA TERESA TOBON RUBIO, Secretaria General; la doctora CLAUDIA MARGARITA MEZA BOTERO, Directora de Admisiones y Registro y la doctora JUANA MARGARITA LOPERA DONCEL, Jefe de Registro, con el objeto de hacer entrega de los diplomas a los graduandos que cumplieron con los requisitos reglamentarios exigidos por la Universidad para obtener el título correspondiente.

"(...)*MAGISTER EN SALUD PUBLICA*****

REGISTRADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE LA EDUCACION SUPERIOR - SNIES – BAJO EL CODIGO 91281

71984. Sandra Viviana Hernández Ruiz C. C. 52.980.409 (...).

FIRMADA
PABLO NAVAS SANZ DE SANTAMARIA – Rector
MARIA TERESA TOBON RUBIO - Secretaria General (...)"

NOTARIA CINCUENTA Y CINCO DEL CIRCULO DE BOGOTA
HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA CONCUERDA CON EL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA
11 MAR 2021
Alejandro Hernández Muñoz
NOTARIO

CLAUDIA MARGARITA MEZA BOTERO
Directora
Oficina de Admisiones y Registro

Bogotá, 6 de abril de 2018
Claudia R.

Tecnisalud B.C. IPS
Centro de Reconocimiento de Conductores
"Los mejores previniendo y protegiendo en salud laboral"

Cra 15 # 12-35, Piso 1
Funza, Cundinamarca
317 3703157
NI 900231225

Impreso con MedSystem®

Certificado laboral

900231225-6 - PARTICULARES

Paciente	**SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ**
CC	52980409
Sexo	Femenino
Nacimiento	13 de feb. 1983 (43 años, 6 meses)
Estado civil	Casado(a)
Ciudad	Mosquera
Dirección	CALLE 10 SUR # 11-23
Teléfono	+573204155315

Ocupación	MEDICO
Entidad	Compensar EPS
Examen	**Pre-ingreso laboral**
Fecha	vie., 14 de ago. 2026 08:56 AM



Servicios realizados

- Medicina Ocupacional
- Visiometría

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

- Osteomuscular
- Cardiovascular

Generación: vie., 14 de ago. 2026

Observaciones y/o recomendaciones

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Satisfactorio

Si

CONCEPTO OCUPACIONAL

Sin restricción para el cargo + con recomendaciones

Limitaciones O Restricciones

No

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Solicitar en su EPS valoración anual por Audiometría, Solicitar en su EPS valoración anual por Optometría, Uso de Elementos de Protección Personal. Uso de corrección visual permanente.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Realizar Actividad Física Constantemente, Capacitar en manejo de cargas, Capacitar en pausas activas e higiene postural, Realizar pausas activas durante la jornada laboral. Uso de corrección visual permanente.

La presente certificación se expide con base en la historia laboral del trabajador , la cual tiene caracter confidencial y su manejo es regulado por la resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009



Lizbeth Castañeda Fonseca
CC: 39769678
Médico Laboral
25300/2000





SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ
CC: 52980409
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

Tecnisalud B.C. IPS
Centro de Reconocimiento de Conductores
"Los mejores previniendo y protegiendo en salud laboral"

Cra 15 # 12-35, Piso 1
Funza, Cundinamarca
317 3703157
NI 900231225

Impreso con MedSystem®

Historia clínica

900231225-6 - PARTICULARES

Paciente	**SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ**
CC	52980409
Edad	43 años y 6 meses
Sexo	Femenino
Nacimiento	13 de feb. 1983
Estado civil	Casado(a)
Ciudad	Mosquera
Dirección	CALLE 10 SUR # 11-23
Teléfono	+573204155315

Ocupación	MEDICO
Entidad	Compensar EPS
Usuario	Contributivo
Examen	**Pre-ingreso laboral**
Énfasis	Osteomuscular, Cardiovascular
Fecha	vie., 14 de ago. 2026 08:56 AM



Visiometría

Síntomas

- (•) Ardor

Información visual

Último Control Visual

1 año

Usa Corrección Óptica

(•) SÍ ( ) NO

Agudeza visual (AV) - Snellen Chart (S.C.) - Punto de vista del **Examinador**

Ojo derecho OD		Ojo izquierdo OI	
CON CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN	
Visión lejana	**Visión próxima**	**Visión lejana**	**Visión próxima**
20/30	20/25	20/25	20/25

Exámenes

Campimetría Horizontal	**Campimetría Vertical**	**Cover Test**
Sin alteraciones	Sin alteraciones	Sin alteraciones
Ducciones	**Estereopsis**	**Examen Motor**
Sin alteraciones	Sin alteraciones	Sin alteraciones
Externo	**Oftalmoscopia**	**Versiones**
Hiperemia conjuntiva grado II e hiperplasia nasal y temporal tipo píngüecula en ambos ojos	Sin alteraciones evidentes	Sin alteraciones

Visión Cromática

Sin alteraciones

Resultados

Diagnósticos

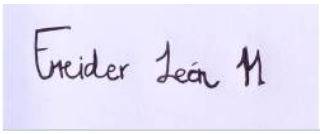
H521	**Miopia**	**P**
H522	Astigmatismo	**R**

Servicio

Optometria(Consulta externa)

Observaciones y/o Recomendaciones

Candidato presenta capacidad visual optima tanto de lejos como de cerca, requiere uso de corrección óptica permanente y uso de gafas con protección UV 400. Control en seis meses



ESNEIDER LEÓN HERNÁNDEZ
CC: 1000127273
OPTÓMETRA
1000127273



SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ
CC: 52980409
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 52980409

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9475

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-03-25→10:39:00 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	52980409	SANDRA	VIVIANA	HERNANDEZ	RUIZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ identificado(a) con CC 52980409 registra La siguiente información:

2026-03-25→10:39:00 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

		Administrativo			
UNV	Local	MEDICINA	2012-05-02	4497	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Sandra Viviana Hernández Ruiz

CC 52980409 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-15
Fecha de vencimiento: 2028-04-15

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Grupo Medi

Registro de certificado:

Medi ACADEMY

Grupo Medi SAS / NIT: 901850533-9

Certifica a:

Sandra Viviana Hernandez Ruiz

Con numero de identificación: **52980409**

por completar satisfactoriamente el curso normativo de:

REANIMACIÓN ACLS Y BLS

cumpliendo con los requisitos académicos establecidos y en el marco de lo dispuesto en el artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015, bajo el aval y respaldo de las organizaciones que acompañan a nuestra institución. Para su constancia se firma en la ciudad de Bogotá-Colombia el día **27/07/2026**

Con una intensidad horaria de: **120hrs 0min 0sec**

Dr. Andrés Felipe Flórez Monroy
Director académico y científico Grupo Medi

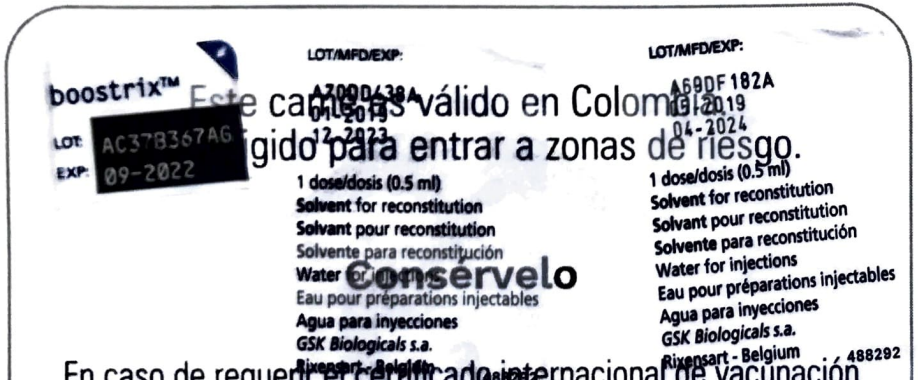
Charlie Reyes Lodbrok
Gerente Grupo Medi

ASCEMCOL

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Tutorías medicina interna

ESSENTIALS



La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jandici Viviana

Apellidos: Hernandez Ruiz.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52980409.

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 02 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	22-1021	A70CD28A	Hay4 consago sida contalle
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	22-10-21	V3BES1	Katherine C.
Otras	Triple viral = 22-10-21			Hay4 Conago sida contalle
	① varicela = 22 1021			Hay4 Conago sida contalle
	② 22 ENE 10 2022			

SALUD I.P.S
956-0



VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1 DOSIS	14/02/2006		20611103		
	2 DOSIS	23/03/2006		70262-T		
	3 DOSIS	24/01/2006		280431-1		
	REFUERZO	27 JUL 2023		226HBN07		
VARICELA	1 DOSIS	24/07/2006		2790225		
	2 DOSIS					
HEPATITIS A HEPATITIS B	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
Dpta	1 DOSIS					

NOMBRE: SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
TDXDOR TETANICO Y DIFTERICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	1 REFUERZO	27 JUL 2023		220B005224		
TDXDOR TETANICO	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
	REFUERZO					
HEPATITIS A	1 DOSIS	25 JUL 2024		W36972V		Angie Quintana
	2 DOSIS					
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS					



VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE VACUNADOR
VPH	1 DOSIS					
	2 DOSIS					
	3 DOSIS					
INFLUENZA						

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

NIT: 900.174.995-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CHAPINERO Cra. 15 No. 51-14 Piso 2

PBX: 601 749 53 41 - Bogota, D.C.

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

NOMBRES: SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ

DOCUMENTO: 52.980 409 TEL:

Por el DERECHO a la SALUD y a la VIDA... ¡Vacunate!

vacunastaniasalud@gmail.com - www.inmunosalud.com

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e07d0ff1-c1af-476f-8961-7ec7948783fa

Nombres y apellidos / Full name: **SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ**

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

Número de identificación / ID Number: **5 2 9 8 0 4 0 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **13/02/1983**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3204155315**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID PFIZER	Primera	26	05	2021	PFIZER	ET6924	BOGOTÁ NEUROMEDICA SAS	LEIDY RODRIGUEZ
COVID PFIZER	Segunda	10	07	2021	PFIZER	EY0574	BOGOTÁ NEUROMEDICA SAS	LEIDY RODRIGUEZ
Triple viral	Primera dosis	22	10	2021	Priorix	A69CF182A	PUNTO DE ATENCIÓN EN SALUD SURA CASTELLANA	
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	15	01	2022	Oxford-AstraZeneca	78037	FORJA EMPRESAS	SANDY CAROLINA VARGAS BARRERA
Fiebre amarilla	Primera dosis	13	09	2025	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	Y3D08	Centro de Salud Terminal Aéreo	DEYANIRA GARZON VASQUEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	17	01	2026		V50525007	MOSQUERA ASISTIR SALUD SAS	LUZ ADRIANA MORENO

El Ministerio 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 carné 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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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.

compensar

Codigo:612
52980409

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942-7

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a) SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ identificado(a) CC 52980409 laboró en esta empresa con contrato a término INDEFINIDO desde el 06/12/2021 hasta 22/09/2022 ; desempeñando el cargo de ADMINISTRADOR UNIDAD DE SERVICIOS DE S en el proceso de PRESTACION SALUD , con un ingreso FIJO mensual de $8,344,000

Causa de terminación: RENUNCIA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) con destino a HOJA DE VIDA, de conformidad con los registros existentes en el proceso de Talento Humano, 13/10/2022 , en la ciudad de Bogotá D.C.

Sujeta a verificación por el Proceso de Talento Humano, teléfono 4280666 Ext.13900-opción 1.



ALEXANDRA CASTELLANOS GUTIERREZ
GERENTE DE TALENTO HUMANO

Sandra Viviana Hernández Ruiz
Sandra Viviana Hernández Ruiz (14 oct. 2022 16:20 CDT)

Firma colaborador(a)

Cédula: 52980409

Asistir Salud
Atención con Sentido Humano

Bogotá, 26 de julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO DE
ASISTIR SALUD S.A.S.
Nit. 800.216-958 -0

CERTIFICA

Que la señora **HERNANDEZ RUIZ SANDRA VIVIANA,** identificada con cédula de ciudadanía número 52.980.409, laboró en nuestra organización de la siguiente manera**:**

- **AUDITOR MÉDICO**, desde el 28 de septiembre de 2023 hasta el 09 de octubre de 2023
- **MÉDICO PERSONAL**, desde el 10 de octubre de 2023 hasta el 04 de mayo de 2024

La presente se expide al finalizar el contrato laboral en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de julio de 2024. Con destino a trámites pertinentes con vigencia vitalicia.

Cordialmente,



LUDIVIA MURCIA CRUZ.
Director Talento Humano
Teléfono: 2231145 Ext. 207

Bogotá D.C., Agosto 18 de 2022

Doctora

Sandra Viviana Hernández Ruiz

En respuesta a solicitud de:

ACREDITACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL COMO MÉDICO

Buen día,

Se expide la presente acreditación a solicitud de la Dra. SANDRA VIVIANA HERNANDEZ RUIZ identificada con cédula de ciudadanía número 52980409 quien laboro en SURA EPS NIT 800088702 - 2 en el periodo comprendido entre el 01 de Octubre de 2017 y el 30 de Noviembre de 2021.

Fue contratada como MEDICO Y CIRUJANO GENERAL desempeñando el cargo de Coordinador de atención en salud. Durante su etapa laboral con nosotros desempeñó labores como la coordinación del área de autorizaciones, médico de apoyo al área de asuntos legales, líder del programa de patología mamaria y coordinadora de las cohortes de alto costo (cáncer adultos y niños, enfermedad renal crónica en etapa de diálisis, pacientes con virus de inmunodeficiencia humana VIH, pacientes en etapa pre y post trasplante entre otras).

Es importante hacer mención sobre el buen nivel de desempeño observado en el desarrollo de las funciones bajo su responsabilidad y su orientación al logro de los objetivos con altos estándares de calidad y generación de valor.

Se expide la presente a los 18 días del mes de agosto del año 2022

Cordialmente,



Alexander Durán Toro
Director de Salud

EPS Sura – Regional centro

aduran@sura.com.co

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

11 4497/2012

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

HERNANDEZ RUIZ SANDRA VIVIANA

C.C. o C.E.

CC 52980409

De

BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación

NTRA.S.ROSARIO

Ciudad

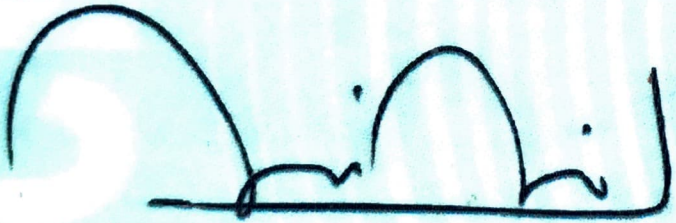
BOGOTÁ, D.C.

Código **7587 2/11**

Fecha de Expedición **29/01/2013**

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653

Personería Jurídica Res. 58 de 15 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de **MEDICINA**

Acta individual de Grado No. 20031

En la ciudad de Bogotá D.C., el día trece (13) de Diciembre de dos mil once (2011) siendo las 12:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

a

SANDRA VIVIANA HERNÁNDEZ RUÍZ

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 52980409, quién cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 1750 registrado bajo el No. 34535 del libro No. 29 folio 88.



Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado firmada por:

HANS PETER KNUDSEN	RECTOR
LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ	DECANO
MARTHA JANNETH NEGRETE MARTÍNEZ	SECRETARIA ACADÉMICA
SANDRA CECILIA PULIDO SÁNCHEZ	SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los trece (13) días del mes de Diciembre de dos mil once (2011).

MARTHA JANNETH NEGRETE MARTÍNEZ
Secretaria Académica

CATALINA LLERAS FIGUEROA
Secretaria General

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE Sandra Viviana Hernández Ruiz IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 52'980.409 de Bogotá UNA DE NUESTRAS alumnas DESPUÉS DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA FACULTAD DE Medicina EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, A LA PRECITADA alumna EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Médico y Cirujano CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO, REGISTRADAS EN EL Nº 34535 , LIBRO 29 , FOLIO 88 Y REFRENDADAS POR EL SECRETARIO EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS trece DÍAS DEL MES DE diciembre DEL AÑO DEL SEÑOR DE dos mil once (2011)

EL RECTOR

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL VICERRECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

REAL CÉDULA DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1651 - RESOLUCIÓN 58 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1895

5300/1759

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Para efectos de lo establecido en la Ley 1437 de 2011 que trata sobre notificación electrónica, manifiesto expresamente que acepto que los actos que se produzcan con ocasión del presente proceso de contratación, me sean notificados a través correo vivihruiz13@gmail.com

Firma 

Nombre: Sandra Viviana Hernandez Ruiz

Documento de identidad: 52980409

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

Yo, Sandra Viviana Hernandez Ruiz, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52980409 expedida Bogota manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición para presentar oferta o contratar, así como ninguna otra limitación de mi capacidad jurídica para presentar oferta y contratar.

Firma 

Nombre: Sandra Viviana Hernadez Ruiz

Documento de identidad: 52980409