Formato No 1. Carta de presentación de la oferta-Compromiso de obligaciones contractuales

Málaga, agosto de 2026

19 AGO 2026

Señores:
ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA.

Referencia: INVITACION PRIVADA N° CPS-053 2026.

Yo EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, identificado con la C. C. No 46.375.639, me permito presentar propuesta seria, formal e irrevocable para participar en el presente proceso, convocado por LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, para la celebración de un contrato de: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.** en los términos prescritos en el documento de selección de contratistas que rigen el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular los principios de la Ley 80 de 1993, los códigos civil y de comercio, la ley 100 de 1995 artículo 195, el estatuto contractual y manual de contratación de la ENTIDAD, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él, con el objeto de prestar los servicios de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** El alcance, las obligaciones, se encuentran detalladamente enunciados en los documentos previos (estudios, pliegos, invitación, adendas, según corresponda) y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales. En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

a) Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los documentos correspondientes a la etapa precontractual y de sus Anexos y Formatos, así como el de cada uno de las adendas (si hay lugar) hechas al mismo.
b) Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación, han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la propuesta que presento; la cual, es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
c) Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad, o conflicto de intereses, determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
d) Que el proponente, en este caso EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, Identificada con Cedula N° 46.375.639 Dirección CARRERA 9 N° 8 - 88 BARRIO CENTRO MALAGA SANTANDER, TEL. 3105812732
e) Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los estudios previos, pliegos o invitación privada (según corresponda) y en la Ley.
f) Que me comprometo a proveer el servicio, de acuerdo a los términos establecidos por LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de selección, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en la etapa precontractual, los anexos y formatos y en la oferta presentada.
g) Reconozco la responsabilidad que me concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios que se prestaran a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA,

en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias descritas en el documento de selección de contratistas, sus Anexos, sus Formatos y adendas (si hay lugar).

h) Manifestó además que he realizado el examen completo y cuidadoso, y que he investigado plenamente, las condiciones del contrato que me comprometo a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaro que se encuentra bajo mi responsabilidad y es mi especialidad técnica el conocimiento detallado del sector en el cual aplicare nuestro trabajo, y en general, que conozco todos los factores determinantes de los costos y gastos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

i) En todo caso, acepto y reconozco que cualquier omisión en la que haya podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no me eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que me lleguen a corresponder (*Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa, información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente*) como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

j) Manifestó que ni LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, ni el personal interno o externo del mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección, ha adquirido compromisos para con nosotros en forma expresa o implícita en la absolución de consultas e informaciones que nos han sido requeridos, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

k) Reconozco que los documentos de la etapa precontractual, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y del contrato que se suscriba.

l) Acepto plena, incondicional e irrestrictamente los términos previstos en la etapa precontractual y me comprometo a suscribir el contrato con las modificaciones inherentes a la naturaleza del proceso, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del mismo, e igualmente la incorporación de las variaciones que se deriven de las Adendas que se expidan dentro del proceso de selección (si las hubiere), las que de antemano aceptamos.

m) Manifestó y declaro que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana,(*esto debe evaluarse para cada propuesta*) y, en consecuencia, consideramos que LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección adelantado, y al público en general. (*Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos, los Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia. Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta*).

n) La suscrita EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ Identificada con CC 46.375.639 de Sogamoso Boyacá, me presento en calidad de proponente al presente proceso de selección, declaro y acepto, explícitamente, que asumo la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos establecidos en el documento de selección de contratistas, y reconozco que me encuentro vinculada y comprometida de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

o) Declaro bajo juramento, el que se entiende prestado por la mera suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que he declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo

consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

p) Que me obligo a suministrar a solicitud de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine la entidad.
q) Acepto la forma de pago indicada en los documentos precontractuales, y que su ingreso lo constituye únicamente los valores pactados en el contrato.

r) Que recibiré notificaciones en las instalaciones de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, o en la(s) siguiente(s) dirección(es) (electrónica y/o física): CRA 7 N° 15-08.
s) Que la suscripción de la presente carta de presentación no nos exime de cumplir con cada uno de los requisitos técnicos, económicos y jurídicos, exigidos los documentos previos.
t) Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso a más tardar dentro de los tres (03) días siguientes a la suscripción del contrato.
u) Manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende surtida con la firma del presente documento con la presente, adjunto a los siguientes Anexos y Formatos: (Listado de Anexos).

Firma:
Nombre EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
Cédula:46.375.639
Correo electrónico de contacto: erocru18@gmail.com

19 AGO 2026

**ANEXO 2 -**

**PROPUESTA TECNICA Y ECONOMICA**

**Numero de la invitacion privada:** EBS-053-**2026**

**Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.**

Entidad Contratante: ESE HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA.

EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, quien suscribe la propuesta, declaro que:

*a)* He examinado y no tengo reservas a los requisitos solicitados, incluyendo las adendas o modificaciones a la presente convocatoria.

*b)* Me comprometo a brindar servicios de Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería N° para conformar el equipo básico de salud N°7, que orientara el fortalecimiento de la gestión territorial basada en la atención primaria (APS), en el marco del modelo de salud preventivo y predictivo en el municipio de Málaga Santander en la resolución 696 2025, expedida por el ministerio de salud y protección social.

c) El precio de mi propuesta es de: $7.500.000

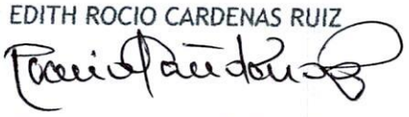
d) Que el alcance de mi propuesta es:

1) Realizar cronograma de actividades mensual Soporte de entrega: cronograma mensual cargado en OneDrive. 2)Realizar actualización de mapeo y cartografía social de los territorios Mircroterritorio: Manzana 63 a la 82 barrio los Libertadores, la Esmeralda, los Alpes, La Floresta, Microterritorio Manzana 83 a la 112 Barrios: Los sauces, Asodema, Ricaute, Santa maría, El Bosque, Cedral y Microterritorio Manzana 125 a la 135 Barrios la Unión, Castilla Real de abordaje de acuerdo con las alertas y necesidades en salud y sociales con las comunidades de cada microterritorio. Soporte de entrega: Mapa actualizado en físico y digital. 3) Realizar atenciones individuales a la población en el municipio, dentro de su competencia y de acuerdo con lo contenido en la Resolución 3280, así como las directrices dadas desde la E.S.E en el marco de las Redes Integradas De Servicios como: Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud / Información en salud / Educación para la salud / toma de muestras de laboratorio / vacunación. Soporte de entrega: informe mensual consolidado de las atenciones realizadas. 4). Participar en el diseño, concertación, implementación y seguimiento del Plan de Cuidado Primario para cada una de las familias intervenidas aplicando las siguientes fases: 1. Identificación de capacidades y condiciones de salud (Familia / Integrantes de la Familias / Entornos). 2. Concertación. (Identificación conjunta de prácticas de cuidado y prioritarias / Definición y alcance de logros). 3. Implementación. (Atenciones / Acciones de Gestión). 4. Seguimiento. (Logros y acuerdos con la familia /Atenciones / Acciones de Gestión / Novedades). Soportes de Entrega: Plan de cuidado individual/familiar diligenciado. Registro de seguimiento por fases. 5) Realizar el proceso de identificación de las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado en las unidades de análisis. Soportes de Entrega: Informe y/o acta de unidad de análisis de prioridades según variables salud, demográficas y territoriales. 6) Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario complementario y telemedicina). Soportes de Entrega: Registros de canalización y remisión documentadas. Seguimiento a prestación efectiva del servicio. 7) Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el microterritorio, en las casas y/o grupos familiares que no han sido caracterizados anteriormente. Soporte de entrega: Caracterización, identificación de situación de salud e implementación de instrumentos de valoración familiar. 8) Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. Soporte de entrega: plan de divulgación comunitaria con fechas, canales y mensajes claves, registro de medios y herramientas utilizadas. 9) Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que

requieren remisión Urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. Soportes de Entrega: Registro de remisiones y/o casos priorizados. Soportes de gestión (llamadas, autorizaciones, email). 10) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas De cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno Soportes de Entrega: Registros de educación realizadas. Material educativo entregado. 11)Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de otros sectores de Acuerdo con sus necesidades. Soportes de Entrega: Evidencia de entrega de información a las familias. 12) Liderar la canalización a la oferta en servicios brindada por otros sectores en el Territorio conforme a las prioridades y necesidades Sociales de salud identificadas. Soportes de Entrega: Registro de canalizaciones intersectoriales y seguimiento. 13) Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta Que defina el ministerio de salud y protección social para tal fin. Soportes de Entrega: Copias digitales en plataforma asignada. Listado de documentos digitalizados. (cargue drive). 14) Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas - barrios y Micro territorios abordados por el equipo. Soportes de Entrega: Actas, listados de asistencia y registros fotográficos por espacio realizado. 15) Digitalizar de forma organizada los informes y documentación (archivo físico) correspondiente al Territorio asignado y entregar el archivo físico organizado y foliado según AGN. Soportes de Entrega: Carpeta digital y archivo físico foliado según AGN con acta de entrega al finalizar el contrato. 16) Para cada cuenta se debe tener el visto bueno de la Oficina de Sistemas (Ingeniero de Sistemas) confirmando el cargue de la información en las respectivas plataformas. Soporte de entrega: Paz y salvo firmado por la oficina de sistemas. 17) Al finalizar el programa debe hacer entrega de todos los equipos Biomédicos y Tablet, equipos que fueron entregados para la intervención colectiva de la población, estos equipos deben estar en buenas condiciones, si presentan alguna anomalía el responsable del mismo deberá reponerlo. Soporte de entrega: Paz y salvo firmado por almacén. 18) Se debe presentar una certificación por parte del líder del grupo para realizar el respectivo informe por parte del supervisor. Soporte de entrega: Certificado por la jefe líder del equipo. 19). Para la entrega de las evidencias de las actividades ejecutadas, el informe debe contener el detalle completo de la ejecución del periodo, registro fotográfico, cuenta de cobro. Soporte de entrega: esta información debe ser entregada en físico y en medio magnético CD. 20) Adicionalmente, se debe adjuntar soporte del pago de la seguridad social correspondiente al periodo. Soporte de entrega: Planilla de pago seguridad social. 21). Participar en las actividades que programe la E.S.E., secretaria de Salud Municipal, Departamental o Ministerio para el fortalecimiento de capacidades de los EBS (participar de las capacitaciones) en modalidad presencial o virtual. Soportes de Entrega: registro de asistencia y registro fotográfico.

e) Mi propuesta se mantendrá vigente por los días que se indican a continuación, contados a partir de la fecha límite fijada para la presentación de propuestas: 150 días calendario
f) Esta propuesta me obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período.
g) Manifiesto no haber sido declarado/a inelegible por el HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA para presentar propuestas.
h) Entiendo que esta propuesta constituirá una obligación contractual, hasta la preparación y ejecución del Contrato formal.
i) Entiendo que el HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA no está obligado a aceptar mi propuesta evaluada como la más baja ni ninguna otra de las propuestas que reciba.

Nombre: EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ

Firma: 

El día del mes agosto de 2026. Málaga

Anexo 3.
**COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

Málaga, agosto de 2026

19 AGO 2026

Señores
ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
E.S.D.

Referencia: Proceso de Contratación: Numero: EBS-053-2026

Objeto:

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.**

EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA 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 del 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 la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
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 del mes de agosto de 2026.

Firma: _____

19 AGO 2026

Nombre: EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Documento de Identidad: 46.375.639 Sogamoso, Boyacá

Anexo 4.

**DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS.**

19 AGO 2026

**Fecha:** agosto de 2026

**Invitación privada No.** CPS-053 -**-2026**

**Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA No. 1 PARA CONFORMAR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD No. 7, QUE ORIENTARÁ EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN EL MUNICIPIO DE MÁLAGA – SANTANDER, SEGÚN RESOLUCIÓN 696 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.**

Yo, EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, mayor, vecino (a) de Sogamoso, Boyacá actuando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, que se encuentran establecidas en la Constitución, en la Ley y demás normatividad vigente y aplicable, para la presentación de la presente propuesta y suscripción del contrato en caso de ser adjudicatario.

Así mismo declaro que es mi responsabilidad absoluta y exclusiva el conocimiento de las inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses, vigentes y aplicables a la presentación de la propuesta y ejecución del contrato que pretende; por lo anterior, eximo de cualquier responsabilidad al respecto a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA.

Atentamente,

Firma: _____

C.C. No. 46 315.639

Fecha: _____

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Yo, EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 46.375.639 expedida en Sogamoso Boyacá, actuando en nombre propio y en calidad de contratista, manifiesto que he sido informado(a) y acepto las siguientes obligaciones frente a la ESE HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA, en adelante LA ESE:

PRIMERO. CONFIDENCIALIDAD

Me comprometo a mantener absoluta reserva y confidencialidad sobre toda la información a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del contrato de prestación de servicios, incluyendo, pero sin limitarse a:

Información administrativa, financiera, contable y contractual

Bases de datos, documentos internos y sistemas de información

Dicha información no podrá ser divulgada, copiada, reproducida, cedida o utilizada para fines distintos a los estrictamente relacionados con el objeto contractual, sin autorización previa y escrita de LA ESE.

SEGUNDO. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Declaro conocer y cumplir lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan la protección de datos personales en Colombia.

Me comprometo a:

Tratar los datos personales a los que tenga acceso únicamente para las finalidades autorizadas por LA ESE.
Garantizar la confidencialidad, integridad y seguridad de la información.

No almacenar, transferir o transmitir datos personales a terceros no autorizados.

Reportar de manera inmediata cualquier incidente de seguridad o uso indebido de la información.

TERCERO. DURACIÓN DE LA OBLIGACIÓN.

La obligación de confidencialidad y protección de datos subsistirá aun después de la terminación del contrato, sin límite de tiempo, mientras la información conserve carácter confidencial o reservado.

CUARTO. RESPONSABILIDAD.

El incumplimiento de este compromiso dará lugar a las acciones legales, contractuales, disciplinarias y/o penales a que haya lugar, de conformidad con la normatividad vigente.

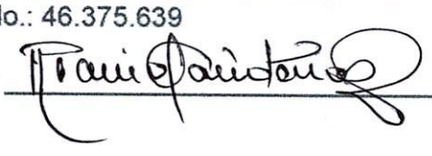
QUINTO. MANIFESTACIÓN FINAL.

Declaro que he leído, entendido y aceptado el contenido del presente compromiso, y lo firmo de manera libre y voluntaria.

En constancia se firma en Málaga, a los días del mes de agosto de 2026.

EL CONTRATISTA 19 AGO 2026

Nombre: EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
C.C. No.: 46.375.639

Firma: 

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO<br>Hospital Regional García Rovira<br>Málaga – Santander<br>COD PRES: 6843200796-01 NIT. 900.067.169-9 | FORMATO SARLAFT | |
|---|---|---|
| | CÓDIGO | PA-GJ-C-FTO-22 |
| | VERSIÓN | 02 |
| | FECHA | 30/07/2024 |
| | PAG. | 1 de 4 |

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

| | | |
|---|---|---|
| Fecha de diligenciamiento 19/08/2026<br>19 AGO 2026 | Ciudad: MÁLAGA | Tipo de Solicitud ☐ Vinculación Actualización |

## 1.INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

| | | |
|---|---|---|
| Primer apellido: CARDENAS | Segundo apellido: RUIZ | Nombre(s): EDITH ROCIO |
| Género F. X M. ☐ | Tipo de Documento C.C. X NIT. ☐ C.E. ☐ Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐<br>Otro ¿Cuál? _____ Número: **46.375.639** | |
| Fecha de expedición: **05 /07 / 1996** | Lugar de expedición: SOGAMOSO, BOYACA | Fecha de nacimiento: **13 / 01 / 1978** |

| | | |
|---|---|---|
| Nombre o razón social: | NIT | DIV |
| Actividad económica (CIIU Código): | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Teléfono móvil: 3105812732 | Teléfono fijo: | Dirección de residencia: CARRERA 9 Nº 8 -88 | Dirección of: |

| | | |
|---|---|---|
| Ciudad MÁLAGA | Departamento SANTANDER | Empresa donde labora |
| Dirección oficina | Teléfono | Email |
| Ciudad de la empresa | Tipo de Empresa ☐ Pública ☐Privada ☐ Mixta Otro ¿Cuál? | |

| | |
|---|---|
| Ingresos mensuales pesos: | Activos (pesos): |
| Egresos mensuales pesos: | Pasivos (pesos): |
| Otros ingresos mensuales pesos: | Patrimonio (pesos): |

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más de 10% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación:

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

1. **Persona natural y / o Jurídica**

Actividad Económica: Asalariado X Socio ☐ Independiente ☐ Hogar ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

Régimen: Común ☐ Simplificado X Gran contribuyente ☐ No responsable ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐

(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:) OTRO _____

Declarante de renta: Si ☐ No X

## 3. PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (Persona Natural y/o Persona Jurídica)-Valores en Pesos

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si X ☐ No | ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ Si X No | | |
| ¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Si No X | Indique: | ¿Es servidor público?☐ Si ☐ No | |
| ¿Tiene usted la condición de personas expuesta políticamente? (D.1674/16? ☐ Si ☐ No | Indique: Cargo | Fecha Inicio | Fecha Fin |
| ¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? ☐ Si X No | Indique: Nombre | Cargo | |
| ¿Es usted representante legal de una organización internacional? ☐ Si X No Indique: | | | |

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? ☐ Si ☐ No Indique:

| Tipo ID | Número ID | Razón Social o nombres completos | % Participación | ¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? | ¿Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general? | ¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? | ¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique cual(es)? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | |
| | | | | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | |
| | | | | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | |
| | | | | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | |
| | | | | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | Si ☐ No X. | |

## 4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad profesión u oficio del suscrito (persona o compañía) es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a la ESE en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: __y provienen del siguiente país:_____

## 5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ Si
X No ¿Cuáles?

☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuáles?

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si ☐ No

¿Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ Si ☐ No En caso positivo descríbalo a continuación

| Tipo de producto | Identificación o número de producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. En Todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del representante legal y original o fotocopia del RUT y certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a treinta (30) días.
2. En caso de ser apoderado, adjuntar el poder.

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

3. Declaración de renta del último año.

La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

## 7. DECLARACIONES

**PROTECCIÓN DE DATOS FINANCIEROS Y PERSONALES:** Con la suscripción de este documento, autorizo al E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

**ORIGEN DE LOS RECURSOS:** Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

Firma

Nombre:

P.P.☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.

Fecha de Firma: **DD / MM / AA**

| VERIFICACIÓN | | |
|---|---|---|
| Hora: | Hora: | Hora: |
| Nombre del Funcionario Responsable: | | |
| Tipo de Documento | P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ | |
| No. De Documento | | |
| Firma: | | |
| Cargo: | | |
| Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas<br>Si ☐ No ☐ | | |

## 8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Firma

Huella


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 46.375.639
CARDENAS RUIZ
APELLIDOS
EDITH ROCIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1978
NOBSA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
05-JUL-1996 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0716600-00265446-F-0046375639-20101112
0024794525A 1
30085026

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 |
|---|---|---|
| Cardenas | Ruiz | Edith Rocio |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 46375639 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 13 MES 01 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO NOBSA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 9 8 88 CENTRO

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO MÁLAGA

TELÉFONO 3105812732 EMAIL erocru18@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 | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 06 | AÑO | 1998 |

***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).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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

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

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | FUNDAMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | 10 | 2013 |

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 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | PLANIFICACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD | 03 | 2014 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | ANALISIS Y MEJORA DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | 03 | 2014 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | DOCUMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | 03 | 2014 |
| SENA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD | 04 | 2014 |

## 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>E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER | MUNICIPIO<br>MÁLAGA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 24 | Mes | 02 | Año | 2026 | Día | 01 | Mes | 08 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7A 15 80 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MÁLAGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 11 | *Año* | 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 7A 15 80 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MÁLAGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 24 | *Mes* | 04 | *Año* | 2025 | *Día* | 23 | *Mes* | 10 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 7 15 80 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>MÁLAGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3105812732 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 7A 15 80 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>SOGAMOSO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR ADMININISTRATIVO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 11A 43 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>NA SERVICIOS EN ASESORIAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>SOGAMOSO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | *Día* | 15 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>AREA SEGURIDAD SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 10 53 CENTRO COMERCIAL MEDITROPOLI 2 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>MEDICO IPS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>SOGAMOSO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 04 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>CONSULTORIO MEDICO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 10 53 CENTRO COMERCIAL MEDITROPOLI 2 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>NA SERIVICIOS EN ASESORIAS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>SOGAMOSO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3102339812 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ADMIINISTRATIVO | *DEPENDENCIA*<br>AREA SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 10 43 CENTRO COMERCIAL MEDITROPOLI 2 | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA* | | *PAÍS* | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO* | | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 5 | 1 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* 04 AGOSTO 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*

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 | OTRO | Fecha de publicación | 2026-08-03 14:54 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| EDITH | ROCIO | CARDENAS | RUIZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 46375639 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | BOYACÁ | Municipio | SOGAMOSO |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | MÁLAGA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | MÁLAGA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Carrera 7 N° 15 - 80"] |
|---|---|
| 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 | $13.920.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $13.920.000,00 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| CREDITO BANCARIO | $3.000.000,00 |
| TELEFONÍA CELULAR | $50.000,00 |

## 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 [ ] No [X]

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

**9. OBSERVACIONES**

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

**INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA- SANTANDER**

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____

Área: _____

Fecha: DD / MM / AA Hora: _____

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141128095184

(415)7707212489984(8020) 000014112809518 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 6 3 7 5 6 3 9 | 2 | Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 6 3 7 5 6 3 9 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Sogamoso 7 5 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARDENAS | RUIZ | EDITH | ROCIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Sogamoso 7 5 9 |

41. Dirección principal: CR 23 2 A 78

42. Correo electrónico: erocru18@gmail.com

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

## 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 |
| 8 6 9 9 | 2 0 2 4 0 6 0 1 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

### Usuarios aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-09-24 / 07:51:01AM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 300576769

PIB
14:15:55


Bogotá DC, 03 de agosto 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) EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 46375639:

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 Politica 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.**

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 lunes 03 de agosto de 2026, a las 13:45:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 46375639 |
| Código de Verificación | 46375639260803134531 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 01:47:22 PM horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **46375639**
Apellidos y Nombres: **CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO**

**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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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, 03/08/2026 01:49:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **46375639** y Nombre: **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ.**

## 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. **145102266** . 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

Información 515 9000

Dios y Patria

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

NIT 900808079-5

# CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha
24/10/2025



## INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Empresa:** | INDEPENDIENTE | **Fecha de Nac.:** | 13/01/1978 | **Edad.:** | 47 |
| **Nombre:** | EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ | **Documento:** | C.C. 46375639 | **Escolaridad:** | TÉCNICO |
| **Cargo:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | **Actividad Economica:** | SALUD | **Genero:** | FEMENINO |
| **Estado Civil:** | SOLTERO | **Dirección:** | CARRERA 9 8 88 | | |
| **Municipio:** | MALAGA | **Teléfono:** | 3105812732 | **AFP:** | PORVENIR |
| **EPS:** | SALUD TOTAL | **ARL:** | ARP SURA | **IMC:** | 24.26 |

## EXAMENES REALIZADOS

| Servicio | Fecha | Resultado | Restriccion |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 24/10/2025 | Normal | NINGUNA |

## CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

## RECOMENDACIONES

uso constante de Equipos de Protección Personal (EPP), cumplimiento de precauciones universales (higiene de manos, uso de guantes, lentes y batas), adecuada capacitación y formación continua, ergonomía y postura para prevenir lesiones osteomusculares, ventilación y limpieza del área de trabajo, gestión adecuada de residuos y productos químicos, y atención a la salud mental y el bienestar del personal

## OBSERVACIONES FINALES

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD, SIN ALTERACION CLINICA EVIDENTE AL EXAMEN FISICO, APTA PARA REALIZAR SU LABOR.El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

## RESTRICCIONES

| Tipo de restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Tiempo |
|---|---|---|
| NINGUNA N/A | | |

## SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

## VACUNA COVID-19

Segunda Dosis

## REMISIONES

N/A

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
**DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE:** Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a SERSALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

IPS SerSalud
Dra Olga Ramirez R.
Medico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
(46375639)

OLGA RAMIREZ
63396654
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

**Fecha**
24/10/2025

# ANEXO OSTEOMUSCULAR



## INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | INDEPENDIENTE | **Fecha de Nac.:** | 13/01/1978 |
| **Nombre:** | EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ | **Edad.:** | 47 |
| **Documento:** | C.C. 46375639 | **Actividad Economica:** | SALUD |
| **Estado Civil:** | SOLTERO | **Genero:** | FEMENINO |
| **Dirección:** | CARRERA 9 8 88 | **Municipio:** | MALAGA |
| **Teléfono:** | 3105812732 | **AFP:** | PORVENIR |
| **EPS:** | SALUD TOTAL | **ARL:** | ARP SURA |

### Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

### Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

### Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

### Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

### Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

### Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

### Recomendación

uso constante de Equipos de Protección Personal (EPP), cumplimiento de precauciones universales (higiene de manos, uso de guantes, lentes y batas), adecuada capacitación y formación continua, ergonomía y postura para prevenir lesiones osteomusculares, ventilación y limpieza del área de trabajo, gestión adecuada de residuos y productos químicos, y atención a la salud mental y el bienestar del personal

### Restricción

NINGUNA N/A

### Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
(46375639)

IPS SerSalud
Dra. Olga Prada R.
Medico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
63396654
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

Bogotá, Agosto / 3 de 2026

Señor (a): EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ
CC. 46375639
CR 9 8 88
MALAGA

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Enero / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**
**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **46.375.639**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

# Banco Popular

## Certifica

Que **Edith Rocio Cardenas Ruiz**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **46375639** es titular de la **Cuenta de Ahorros** Nro. **500808092545** y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese a los 3 días del mes de agosto del año 2026.

Atentamente,

**Banco Popular S.A.**

**Documento sin firma**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 46375639 **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 03/08/2026 01:59 PM

Código Verificación: **KT8WSZVC5F**

Válida hasta: **01/11/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 14:04:16 horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **46375639,** Apellidos y Nombres **CARDENAS RUIZ EDITH ROCIO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA**, con NIT **900967169-9** 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.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

# INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

Acuerdo 1498 del Min. Salud - Resoluciones Nrs. 2328, 2776 de la Secretaría de Educación de Boyacá

## Certifica:

## Edith Rocio Cárdenas Ruiz

C.C. 46.375.639 DE SOGAMOSO

que Aprobó los Estudios Programas y Cumplió los demás Requisitos Académicos Exigidos por el Ministerio de Salud y la Secretaría de Educación de Boyacá, con una intensidad de 2400 horas Teórico-Prácticas, lo cual se le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en el Area de:

# Auxiliar de Enfermería

Dado en la Ciudad de Sogamoso ( Boyacá ), el día 27 de Junio de 1998

EL RECTOR

DIRECTORA ACADEMICA

COORDINADOR GENERAL DE EDUCACION FORMAL, NO FORMAL E INFORMAL

*Gobernación de Boyacá*
*Secretaría de Salud*

**RESOLUCION NUMERO** 2698
26 AGO 1998

Por la cual se Registra un Certificado

**EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA**
En ejercicio de la delegaciòn conferida por la
Resoluciòn No. 08211 del 15 de junio de l989
Emanada del Ministerio de Salud

**CONSIDERANDO**

Que **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ** Cèdula de Ciudadanìa. 46.375.639 de Sogamoso ha solicitado el Registro de su Certificado de Aptitud Ocupacional de Auxiliar de Enfermerìa que le otorgo **EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA DE SOGAMOSO** el 27 de junio de l998.

**RESUELVE:**

**ARTICULO UNICO.-** Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional en AUXILIAR DE ENFERMERIA que autoriza a **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ,** para ejercer en el Territorio Nacional.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Tunja a los, 26 AGO 1998

ORIGINAL FIRMADO POR:
Armando Velasco Ulloa
**ARMANDO VELASCO ULLOA**
Secretario de Salud de Boyacá

Dr. Julian Mauricio Valderrama Diaz
SUBSECRETARIO
**JULIAN MAURICIO VALDERRAMA D.**
Subsecretario

*Boyacá. Potencia Productiva. Justa y Solidaria*

Powered by CamScanner

# 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 *

46375639

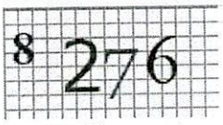
Primer Nombre

EDITH

Primer Apellido

CARDENAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1309

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2026-08-03→2:05:52 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 46375639 | EDITH | ROCIO | CARDENAS | RUIZ | Vigente |

**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) EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ identificado(a) con CC 46375639 registra La siguiente información:**

**2026-08-03→2:05:52 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 1998-08-26 | 2698 | GOBERNACION DE BOYACA |

**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**

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-14
Fecha de vencimiento: 2027-10-14

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-12
Fecha de vencimiento: 2027-10-12

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-10
Fecha de vencimiento: 2027-10-10

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-08
Fecha de vencimiento: 2027-10-08

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-16
Fecha de vencimiento: 2027-10-16

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-18
Fecha de vencimiento: 2027-10-18

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-10-22
Fecha de vencimiento: 2027-10-22

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Edith Rocío Cárdenas Ruiz*

## *CC 46375639 de Sogamoso - Boyacá*

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: 2025-10-20
Fecha de vencimiento: 2027-10-20

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*Y en su nombre:*

## LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE COLOMBIA
# "ESECOL"

# *Escuela De Ciencias De La Salud*

**De acuerdo a la normatividad de educación nacional - artículo 43 de la Ley 115 de 1994; decreto ley 2150 de 1995 articulo 47 & decreto único reglamentario del sector educación 1075 de 26 de mayo de 2015 – articulo 2.6.6.8; se da registro único institucional para ejecutar los conocimientos de dicha constancia en el territorio departamental & nacional E internacional.**

*En su representación los Directores Y Docentes en Atención a que:*

## *Edith Roció Cardenas Ruiz*

## *46.375.639 De Sogamoso (Boyacá)*

*Cursó Y Aprobó la acción de formación*

## MISIÓN MEDICA CON ÉNFASIS DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

*Curso para proveedores de servicios de salud; Valido Por Un (1) Año Desde La Fecha*

*Con una intensidad horaria de 120 horas teórico – practico*
*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en* ***Bogotá D.C****, a los* ***22*** *días del mes de* ***octubre*** *de* ***2025.***

Dr. Felipe Alejandro De La Pernia
Farmacólogo Clínico
Esp. Urgencias Médicas
Y Pediátricas
RM: 73637-3-2

***FELIPHE A. DE LA PERNIA C.***
***Director General ESECOL***

Lizeth Katherine Vivas T.
T.P. 1049636021

***LIZETH KATHERINE VIVAS T***
***Directora Académica***

Tania Pinzon Olmos
REG 1049641859
Universidad de Boyacá

***DRA.TANIA PINZON OLMOS***
***Directora Educación Continuada***

Fanny Yonairis Forero V.
Lic. Psicopedagogía
Asesora Educativa
C.C. 1052842850

***FANNY YONAIRIS FORERO***
***Directora De Control & Registro***

*Válido hasta 22 de octubre de 2026*

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8309152-2c28-4937-67c0-68776d48b48

Nombres y apellidos / Full name: **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ**

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

Número de identificación / ID Number: **4 6 3 7 5 6 3 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **13/01/1978**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3142874570**

Correo electrónico / e-mail: **sdroi@yahoo.com**

## 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 JANSSEN | Única | 19 | 11 | 2021 | Janssen | 204F21A | ESPAB DISTRITO SOGAMOSO | YENNY CAROLINA DIAZ AVENDAÑO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 22 | 11 | 2024 | Green Cross | V50524005 | MALAGA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | NURI BARRERA IBAÑEZ |
| Fiebre Amarilla | Única | 29 | 08 | 2025 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 23K0650 | MALAGA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | NURI BARRERA IBAÑEZ - CC63396780 - ACTIVO |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.

| | | |
|---|---|---|
| AUDITAR | SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD – AUDITAR SAS | CODIGO: SGC-FT-AD-01 |
| | FORMATO OFICIOS | VERSION:01 |
| | | PAG:1 de 1 |

**CERTIFICACIÓN**

***A QUIEN INTERESE***

**AUDITAR R&G NIT. 901541214** se permite expedir la siguiente **CERTIFICACIÓN** en los siguientes términos:

Hacemos constar que la señora **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ,** con identificación **46.375.639**, presto sus servicios desde el 16 de junio del 2025 hasta el 23 de octubre del 2025. Desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACIÒN**, a través de un contrato fijo por obra o labor, devengando un salario de **$ 1.423.500 + $200.000 de auxilio de transporte.**

Se expide en **Bucaramanga,** a los **29** días del mes de **octubre del** año **2025**.

Cordialmente,

Adriana Milena Carvajal C.

Adriana Milena Carvajal Carvajal
Coordinadora administrative y de talento humano
Auditarryg@gmail.com

COFESER S.I. S.A.S.
NIT: 900.234.745-8

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE**
**"COFESER S.I S.A.S"**
**NIT: 900.234.745-8**

**CL025**

## CERTIFICA

Que, **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía número **46.375.639,** estuvo vinculada con la Empresa de la siguiente manera:

Que, ocupó y desempeño el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACIÓN,** en la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA** desde el 24 de febrero de 2025 hasta el 30 de abril de 2025.

Que, ocupó y desempeño el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACIÓN,** en la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA** desde el 01 de mayo de 2025 hasta el 15 de junio de 2025.

La presente certificación reemplaza y deja sin efecto a cualquier otra que se hubiera expedido con anterioridad, y se expide a solicitud del interesado en San Gil, a los nueve (09) días del mes de septiembre de dos mil veinticinco (2025).

**DANIEL ENRIQUE VESGA PATIÑO**
Representante legal / Gerente

na|servicios
¡Aseguramos su Protección!

Nit. 900.906.058-0

La suscrita representante legal de la empresa

**NA SERVICIOS EN ASESORIAS S.A.S.**

CERTIFICA QUE:

La señora **EDITH ROCIO CARDENAS RUIZ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 46.375.639 de Sogamoso, laboro en nuestra empresa como **ASISTENTE ADMINISTRATIVA**, desde el 1 de enero de 2019 a la fecha con contrato indefinido, hasta el 30 de abril de 2022.

*La presente se expide a doce días (12) del mes de diciembre de 2023.*

Cordialmente,

**Nubia Angarita**
Gerente Comercial
3102339812