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
Ruiz	Lopez	Liliana Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 22463605	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 21 MES 10 AÑO 1977	AVENIDA 11 1B 1 MANZANA B CASA 11			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	ATLÁNTICO	MUNICIPIO	ORTEGA		
MUNICIPIO	BARRANQUILLA	TELÉFONO	3150562550	EMAIL	dra.lilianaruiz.asesora@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALISTA DE GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	12	2019	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	12	1999	1020-05

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134548700	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR AREA CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA GERENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 6 3 25					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN SEBASTIAN DE PIEDRAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* PIEDRAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3213734378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROGRAMA SANEAMIENTO FISCAL	*DEPENDENCIA* PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 null null CALLE 5 ESQUINA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ANZOÁTEGUI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3213014313	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	11	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROGRAMA SANEAMIENTO FISCAL	*DEPENDENCIA* PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 null null CALLE 5 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SUMAPAZ - ICONONZO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ICONONZO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 88682021	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROGRAMA SANEAMIENTO FISCAL	*DEPENDENCIA* PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 null null 8-94 # 8-2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 311223015	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EXTERNO DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* LIDER DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 6 null null 3-25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 311223015	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR DE CALIDAD Y AUDITORIA	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE CALIDAD Y AUDITORIA EN					*DIRECCIÓN* CALLE 6 null null No 3-25						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Ortega 28 de Septiembre 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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editor

Información del usuario



Carga Odontólogo
Título Dr(a)
Nombre Liliana Patricia
Apellidos Ruiz López
Fecha de Nacimiento 21/10/1977 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo Posgrado
Género Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? ○ Si ◉ No
Nombre y apellido Liliana Patricia Ruiz López
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 22463605
Dirección Manzana B casa 11
Código postal
Estrato 3
Ubicación Ortega
País COLOMBIA
Correo electrónico dra.lilianaruiz.asesora@gmail.com
Teléfono
Celular 3150562550

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta Barranquilla
SMS para recuperar la contraseña 3204594504

Editor



LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ
ODONTOLOGA
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.

PERFIL PROFESIONAL

Odontóloga General con especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en salud, con una sólida fundamentación científica, humanística y profesional que me permite tener un

acercamiento a los elementos teórico-metodológicos de la investigación científica,

experiencia y conocimientos para intervenir en procesos de prevención, promoción y recuperación en salud, auditoría interna y externa, condiciones de habilitación, estándares de calidad, seguridad del paciente, elaboración y seguimiento del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad (**PAMEC**),asesoría y apoyo en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud y el desarrollo de valores éticos y normas de conducta que orientan mi vida cotidiana y mi quehacer profesional.

DATOS PERSONALES

Tarjeta Profesional N° 1025-2002
CC. 22.463.605 DE **Barranquilla (Atlántico)**
Dirección: Manzana B Casa 11 Ortega-Tolima
3150562550
dra.lilianaruiz.asesora@gmail.com

Fecha de nacimiento: 21 de octubre de 1977
Barranquilla – Colombia

Estado Civil: Soltera

EDUCACIÓN

POSGRADO: Universidad Cooperativa de Colombia
Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en salud

PREGRADO: Universidad Metropolitana
Odontóloga

TECNOLOGO: **Universidad Nacional Abierta y a Distancia**
Regencia de Farmacia- En curso
DIPLOMADO: Universidad Cooperativa de Colombia
Verificadores de condiciones de habilitación

CURSOS: Universidad Cooperativa de Colombia
Actualización Sistema Único de Habilitación Resolución 3100 del 2019

PERFIL OCUPACIONAL

Estoy capacitada para desempeñar cargos: Directivos, administrativos, docentes, asistenciales e

investigativos en la áreas clínica, administrativa y comunitaria, en Entidades promotoras de salud, Instituciones prestadoras de servicios de salud, hogares de atención especial, instituciones educativas, entre otros. Vocación de liderazgo, excelente calidad humana, optimo desempeño laboral. Además, soy responsable, honesta, con vocación de servicio social, tengo por norma una adecuada presentación personal, puntualidad, y excelentes relaciones interpersonales, que me permiten adaptarme fácilmente a cualquier equipo de trabajo.

OTROS CURSOS

Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para Victimas de Violencia Sexual.
Academia Expertia
11 de Agosto 2025

Seminario virtual de Seguridad del Paciente
Audisalud
31 de enero al 04 de febrero del 2022

Seminario virtual de PAMEC 4 enfoques
Audisalud
24 al 28 de enero del 2022

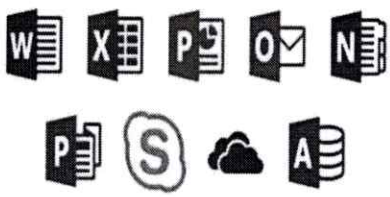
Seminario virtual de Sistema Único de Habilitación
Audisalud
17 al 21 de enero del 2022

Taller virtual: Estándares de Habilitación para odontólogos
Be Your Brand
Noviembre 10 de 2020

Curso Virtual: Sistema de Gestión – Seguridad y Salud Ocupacional
(SENA)
Agosto 2009

Curso de Radioproteccion 2008
Cooperativa de la Federación Odontológica Colombiana (COOFOC)
Octubre 24 y 25 2008
Bogotá

HERRAMIENTAS UTILIZADAS



DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

REFERENCIAS LABORALES

RAUL RIOS GARCIA
Odontólogo General
CEL.3132900564

CARLOS TORRES
Administrador Financiero
secretaria de Salud del Tolima
Cel 3144694245

ANGELA RAMIREZ
Administradora
Auditora Reg.
Subsidiado Alcaldía Icononzo
Cel 3133665931

REFERENCIAS FAMILIARES

ENRIQUE RUIZ
Odontólogo.
Cel.: 3135993824

ELIZABETH RUIZ
Bacterióloga.
Cel. 3206578386

EXPERIENCIA Y LOGROS

HOSPITAL SAN SEBASTIAN E.S.E
Cargo: Líder Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
18 de Junio 2025 - Actualidad
Piedras- Tolima

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E
Cargo: Líder Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
04 de junio 2024 al 14 de Abril 2025
Icononzo Tolima

HOSPITAL SAN JOSÉ ESE
Cargo: Asesora de Calidad
01 de mayo del 2023 – 30 de abril 2024
Ortega Tolima

HOSPITAL SAN JOSÉ ESE
Cargo: Odontóloga
17 de marzo del 2023 a 30 de abril 2023
Ortega Tolima

HOSPITAL SAN JOSÉ ESE
Cargo: Asesora de Calidad
03 de enero del 2022 a 31 de diciembre 2022
Ortega Tolima

CONSULTORIO ODONTOLOGICO
DRA LILIANA RUIZ LOPEZ
Cargo: Odontóloga General
Junio del 2017 a 31 de diciembre 2021
Ortega Tolima.

UNIDAD DE ATENCION MEDICA DEL SUR DEL TOLIMA
Cargo: Gerente General
01 de diciembre del 2012 a abril del 2016
Ortega Tolima

IPS-I FRAY BARTOLOME DE LA CASAS
Cargo: Gerente General
01 de marzo del 2009 al 01 de abril del 2012
Chaparral Tolima

IPS-I FRAY BARTOLOME DE LA CASAS
Cargo: Odontóloga General
16 de abril del 2007 al 01 de febrero del 2009
Chaparral Tolima

INNOVADENT
Cargo: Odontóloga General
15 de mayo de 2006 – 31 de enero de 2007
Barranquilla- Atlántico

CONSULTORIO ODONTOLOGICO DENTAL CRÉDITO DE LA COSTA
Cargo: Odontóloga General
27 de noviembre de 2004 – 30 de diciembre 2005
Barranquilla-Atlántico

HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA
Cargo: Odontóloga del programa de Promoción y Prevención
1de Noviembre – 18 de noviembre de 2003
31 de mayo – 22 de junio de 2004
Barranquilla-Atlántico

IPS CONVIVENCIA SOCIAL
Cargo: Odontóloga General
1 de Abril de 2002 - 4 de Septiembre de 2002
Barranquilla-Atlántico

Hospital Local de Repelón
Servicio Social Obligatorio
06 de diciembre 2000 – 06 de diciembre 2001
Repelón –Atlántico

Autorizo pedir información sobre las referencias y datos consignados sin ninguna restricción

LILIANA RUIZ LOPEZ
C.C 22463605
Cel. 3150562550

ANEXOS

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO

LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ

C.C.No. 22.463.605 de Barranquilla

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

O D O N T O L O G O

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 37 DEL LIBRO 1/96

NUMERO DE REGISTRO 0 - 0831

DIA 21 DEL MES Enero DEL AÑO 2.000

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de **ODONTOLOGIA**

CÓDIGO: **0-51-2039-00**

Otorgada a **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ**
C.C. No. 22.463.605 de Barranquilla -Atl.

En Barranquilla a los 21 dias del mes de enero de 2000 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector , Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reune en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.
Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADO POR NUESTRO ALUMNO:

LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ
C.C. No. 22.463.605 de Barranquilla -Atl.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

ODONTOLOGO

EN CONSTANCIA DE ELLOS SE FIRMA Y REFERENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 21 días del mes de enero de 2000

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE ABARRA
Vice-Rector

MARIO MALDONADO SANCHEZ
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 29 de Octubre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 764 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 3259 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ

con cédula de ciudadanía No. 22.463.605 de Barranquilla

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en

Neiva el día 28 de Febrero de 2020

Director(a) Sede

Rector(a)

Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0040620201 Folio No. 005 Registro No. 0047 Refrendado en Neiva el día 27 de Febrero de 2020

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24219 del 30 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 591 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1899 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 06-1209-2020

PROGRAMA :	ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
CODIGO SNIES:	5974
FECHA GRADO:	28 DE FEBRERO DE 2020
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS NEIVA

En atención a que LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ
con Cédula de Ciudadanía No 22.463.605 de Barranquilla
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Neiva, mediante acta No 001 en sesión del día 05 de febrero de 2020.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decanatura y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	OLGA PATRICIA SANCHEZ RUBIO
Decanatura:	FACULTAD CIENCIAS ECONÓMICAS CONTABLES
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Neiva el día 28 DE FEBRERO DE 2020

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

OTROS ESTUDIOS

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550



ACADEMIA EXPERTIA

Nit:901780059-8

Certifica

Liliana Patricia Ruiz López

CC 22463605 de Barranquilla

Realizó y aprobó el Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para Víctimas de Violencia Sexual

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-08-11
Fecha de vencimiento: 2027-08-10

Verificación

EDUCACIÓN EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social



Audisalud
Experiencia en Calidad y Auditoria

Liliana Patricia Ruiz Lopez

C.C 22.463.605

Participó en el Seminario Virtual de Sistema Único de Habilitación

17 de Enero al 21 de Enero del 2022
Duración: 10 Horas

GERENTE GENERAL

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

Audisalud
Experiencia en Calidad y Auditoria

Liliana Patricia Ruiz Lopez

C.C 22.463.605

Participó en el Seminario Virtual de Pamec 4 enfoques.

24 de Enero al 28 de Enero del 2022
Duración: 10 Horas

GERENTE GENERAL

Audisalud
Experiencia en Calidad y Auditoria

Liliana Patricia Ruiz Lopez

C.C 22.463.605

Participó en el Seminario Virtual de Seguridad del Paciente

31 de Enero al 4 de Febrero del 2022
Duración: 10 Horas

GERENTE GENERAL

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

BE YOUR BRAND

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

otorgado a:

LILIANA RUIZ

por participar en el Taller: Estándares de Habilitación para Odontólogos

Lina Morales
CEO BE YOUR BRAND
NOVIEMBRE 10 DE 2020

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Certifica que:

LILIANA PATRICIA RUIZ LÓPEZ

C.C 22463605

Cumplió con las actividades programadas con una intensidad horaria de 24 horas del curso:

Actualización Sistema Único de Habilitación Resolución 3100 de 2019

Agosto 18 de 2020

IVONNE MARITZA VARGAS HINESTROZA
Subdirectora Académica y de Proyección

OLGA PATRICIA SANCHEZ RUBIO
Directora de Sede

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

Universidad Cooperativa de Colombia

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

CERTIFICAN

QUE **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ**

C.C 22463605

Cumplió con las actividades programadas con una intensidad horaria de 154 horas y reunió los demás requisitos exigidos por la normatividad de la universidad, por lo cual se le expide el presente certificado que la acredita como:

VERIFICADORA DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

En testimonio de ello se firma en Neiva a los 25 días del mes de noviembre de 2019

En desarrollo del acuerdo 024 de mayo 16 de 2007, del Ministerio de Protección Social, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 20 de decreto 1011 de 2006, las resoluciones 077 de enero 17 de 2007, 4883 de diciembre 26 de 2007 del MPS y 2003 de mayo 28 de 2014 MSPS, en cuanto a capacitación y entrenamiento de los profesionales encargados de la verificación.

OLGA PATRICIA SÁNCHEZ RUBIO
Directora Sede Neiva

MARTHA STELLA CADENA MANJARRES
Jefe de Registro y Control Académico

Anotado en el folio N°[illegible] del libro de registro y diplomas N°2. refrendado en Neiva el día 2 de noviembre de 2019

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550



REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE SURAMERICA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21-542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ

Con Documento de Identidad No 22463605

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ECONOMÍA DE LA SALUD

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLIN - OCTUBRE - 28 - DE 2018

Registrado en el Libro de Actas No 0020181028

CÓDIGO DE SEGURIDAD 181028S

POLITECNICO DE SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS
Rector

ESTEFANNY PORRAS
Secretaria Académica

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@politecnicodesuramerica.com, indicando el Nro de actas con el cual se registra el mismo

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 22463605

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD - SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Tunja a los Tres (03) días del mes de Agosto de Dos Mil Nueve (2009)

DAGOBERTO JUAN BERDUGO HERNÁNDEZ
JBDIRECTOR CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL
REGIONAL BOYACÁ

SGCV20091437475 03/08/2009
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

LA RLPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ

En Convenio con la SOCIEDAD DE DESARROLLO BIOTECNOLOGICO LTDA.DE BARRANQUILLA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
RAFAEL NÚÑEZ



CARTAGENA DE INDIAS

En atención a que

LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ

CC. No. 22.463.605

Ha completado todos los estudios que la Corporación Universitaria Rafael Núñez exige para optar el

D I P L O M A D O

en

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

Le expide el presente Diploma, testificando y garantizando bajo la Fé Pública, de que se halla investida por el Ministerio de la Ley para tales efecto y aprobado por el Consejo Superior.

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en Cartagena, el día 15 de Mayo de 2006 y se refrenda con las firmas y sellos respectivos.

Personería Jurídica No. 6644 de Junio 5 de 1985. Ministerio de Educación Nacional - ICFES

Rector

Vice Rector Académico

Director Diplomado

Secretaria General

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

República de Colombia

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica No 22215 de Diciembre de 1983

EXTENSIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Certifica que:

Liliana Patricia Ruiz López

C.C. No 22.463.605 de Barranquilla

Asistió al Diplomado dentro de sus programas de Educación Continuada con una intensidad presencial de 120 horas, por lo tanto le confiere el presente diploma en:

Odontología Judicial y Criminalística

Bogotá, D. C. diciembre 12 de 2002

Dr. Pablo Oliveros Marmolejo
Rector

Dr. Guillermo Arévalo Parada
Director Extensión y Educación Continuada

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

LJR
TEMPORALES S.A.S
NIT: 901.095.622-7

LJR TEMPORALES S.A.S
NIT: 901.095.622-7

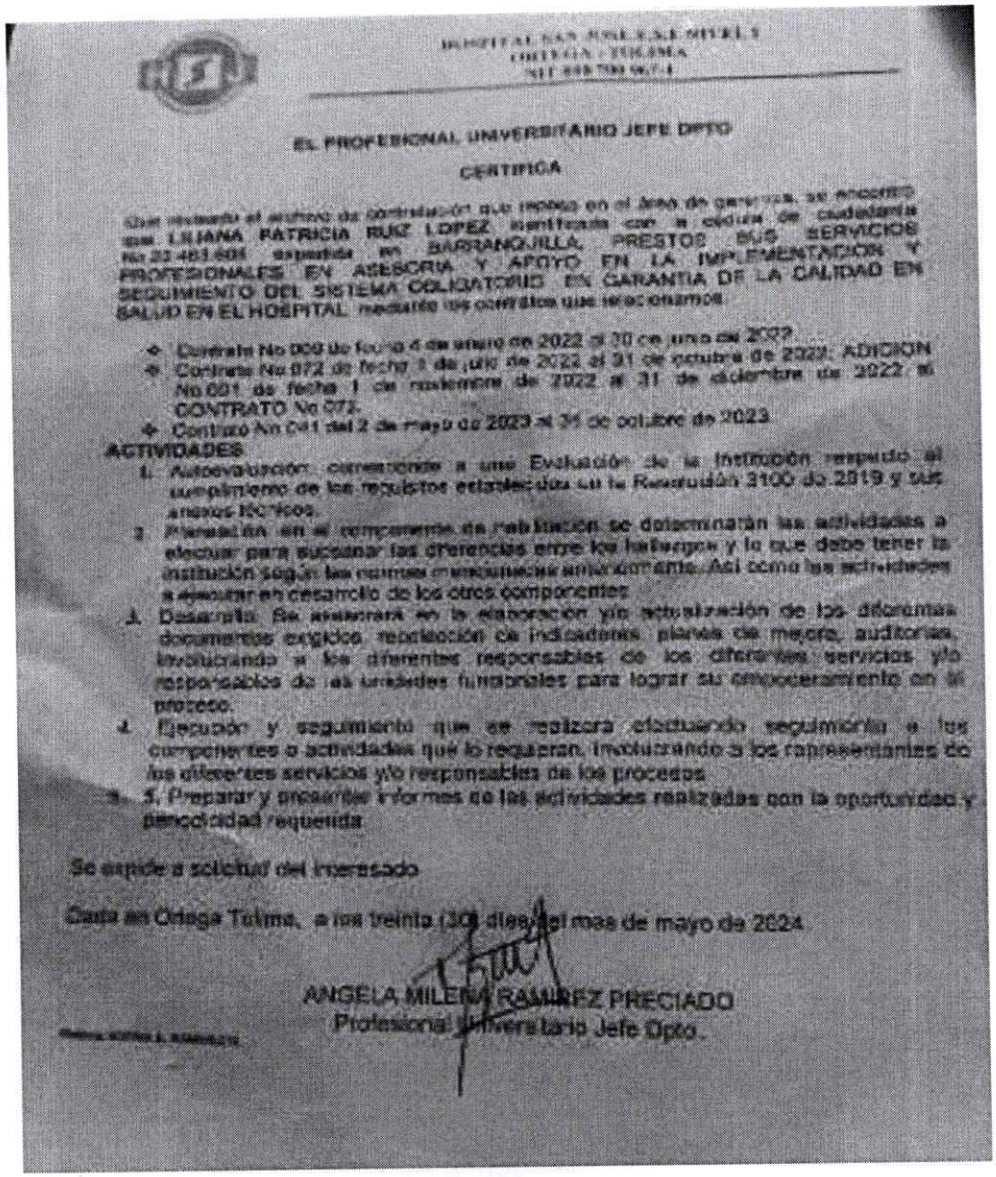
CERTIFICA

Que **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía **No 22.463.605** laboró en esta compañía desde el (01-11-2023 al 31-12-2023) y del 09 de Enero del 2024 al 30 de Abril del 2024, mediante un contrato de trabajo por obra o labor, en misión para el **HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA** desempeñando el cargo de **AUDITOR DE CALIDAD**, demostrando ser una persona responsable y cumplidor de su deber.

La presente certificación se firma a los (08) días del mes de Mayo del 2024.

LJR TEMPORALES S.A.S
NIT: 901.095.622-7 RE. SIMEN COMUN
CONTABILIDAD

JENIFER PAOLA RUBIANO CASTRO
COORDINADORA FINANCIERA Y NOMINA
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD



HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E. NIVEL 1
ORTEGA - TOLIMA
NIT 800.700.967-4

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO JEFE DPTO

CERTIFICA

Que revisado el archivo de contratación que reposa en el área de garantía, se encontró que LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ identificada con la cedula de ciudadanía No 22.483.606 expedida en BARRANQUILLA, PRESTO SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN ASESORIA Y APOYO EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HOSPITAL mediante los contratos que relacionamos:

- Contrato No 009 de fecha 4 de enero de 2022 al 30 de junio de 2022.
- Contrato No 072 de fecha 1 de julio de 2022 al 31 de octubre de 2022. ADICION No 001 de fecha 1 de noviembre de 2022 al 31 de diciembre de 2022 al CONTRATO No 072.
- Contrato No 041 del 2 de mayo de 2023 al 31 de octubre de 2023

ACTIVIDADES

1. Autoevaluación: correspondiente a una Evaluación de la Institución respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y sus anexos técnicos.
2. Planeación: en el componente de planeación se determinarán las actividades a efectuar para superar las diferencias entre los hallazgos y lo que debe tener la institución según las normas mencionadas anteriormente. Así como las actividades a ejecutar en desarrollo de los otros componentes
3. Desarrollo: Se enmarcará en la elaboración y/o actualización de los diferentes documentos exigidos, realización de indicadores, planes de mejora, auditorías, involucrando a los diferentes responsables de los diferentes servicios y/o responsables de las unidades funcionales para lograr su empoderamiento en el proceso.
4. Ejecución y seguimiento que se realizara efectuando seguimiento a los componentes o actividades que lo requieran, involucrando a los representantes de los diferentes servicios y/o responsables de los procesos
5. 5. Preparar y presentar informes de las actividades realizadas con la oportunidad y periodicidad requerida

Se expide a solicitud del interesado

Dada en Ortega Tolima, a los treinta (30) días del mes de mayo de 2024

ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
Profesional Universitario Jefe Dpto.

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E NIVEL I
ORTEGA - TOLIMA
NIT 890 700 967-1

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO JEFE DPTO

CERTIFICA

Que revisado el archivo de contratación que reposa en el área de gerencia, se encontró que **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No 22.463.605 expedida en BARRANQUILLA, PRESTOS SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN ASESORIA Y APOYO EN LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO EN GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL HOSPITAL, mediante los contratos que relacionamos:

- Contrato No 009 de fecha 4 de enero de 2022 al 30 de junio de 2022.
- Contrato No 072 de fecha 1 de julio de 2022 al 31 de octubre de 2022; ADICION No 001 de fecha 1 de noviembre de 2022 al 31 de diciembre de 2022 al CONTRATO No 072.

ACTIVIDADES

1. Autoevaluación: corresponde a una Evaluación de la Institución respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y sus anexos técnicos.
2. Planeación: en el componente de habilitación se determinarán las actividades a efectuar para subsanar las diferencias entre los hallazgos y lo que debe tener la institución según las normas mencionadas anteriormente. Así como las actividades a ejecutar en desarrollo de los otros componentes.
3. Desarrollo: Se asesorará en la elaboración y/o actualización de los diferentes documentos exigidos, recolección de indicadores, planes de mejora, auditorias, involucrando a los diferentes responsables de los diferentes servicios y/o responsables de las unidades funcionales para lograr su empoderamiento en el proceso.
4. Ejecución y seguimiento que se realizara efectuando seguimiento a los componentes o actividades que lo requieran, involucrando a los representantes de los diferentes servicios y/o responsables de los procesos.
5. **5.** Preparar y presentar informes de las actividades realizadas con la oportunidad y periodicidad requerida

Se expide a solicitud del interesado.

Dada en Ortega Tolima, a los catorce (14) días del mes de enero de 2023

ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
Profesional Universitario Jefe Opto.

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
MUNICIPIO DE COYAIMA

DECRETO No.16 DE 20212

POR MEDIO DEL CUAL SE HACE UN NOMBRAMIENTO PARA LA GERENCIA DE LA IPS-I UNIDAD DE ATENCION MEDICA DEL SUR DEL TOLIMA

EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION INDIGENA DE CABILDOS AUTONOMOS DEL TOLIMA DE COYAIMA (F.I.C.A.T)
EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES Y

CONSIDERANDO:

Que una vez que fue creada legalmente la IPS-I UNIDAD DE ATENCION MEDICA DEL SUR DEL TOLIMA se requiere de la iniciación de la prestación de los servicio del primer nivel de atención, para el Municipio de Coyaima; y por tanto de un Gerente que represente legalmente la institución.

Que la Ley 10/90 y la Ley 100193, determinan el procedimiento para la seleccion de Gerente; lo que requiere de un término de tiempo prudencial.

Que se hace necesario hacer nombramiento de encargo para la Gerencia del IPS-I UNIDAD DE ATENCION MEDICA DEL SUR DEL TOLIMA.

Que el empleo de Gerente, es de libre nombramiento y remoción, previo los requisitos de convocatoria a que se a hecho referencia; por lo que se hace el encargo de Gerente en una persona que retina los requisitos legales para desempeñar dicho cargo.

Por lo que;

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO: Nombrase a partir de la fecha al Dr. **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ**, identificado con C.C. No. 22.463.605 de Barranquilla., como Gerente legalmente la IPS-I UNIDAD DE ATENCION MEDICA DEL SUR DEL TOLIMA, de acuerdo con el código 085 con una asignación mensual de $2'587.302.00.

ARTICULO SEGUNDO: Este nombramiento de encargo tendrá duración, de tres años prorrogables.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
MUNICIPIO DE COYAIMA

ARTICULO TERCERO: Comuníquese el presente nombramiento a la Dr. Liliana Patricia Ruiz Lopez por medio de Oficio, para que exprese su aceptación y en caso positivo, tome posesión del cargo, previa acreditación de los requisitos legales.

Coyaima 01 Diciembre de 2012

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

CLAUDIO POLOCHE
C.C 5.868.559 Expedida en Coyaima
Presidente F.I.C.A.T
ASOCIACION INDIGENA DE CABILDOS AUTONOMOS DEL TOLIMA

Ortega, marzo 01 de 2009

Doctor
LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ
Coordinador de Odontologia
I.P.S.-I. FRAY **BARTOLOMÉ DE LAS CASAS**
Chaparral Tol.

ASUNTO: NOTIFICACION NOMBRAMIENTO

Apreciada Doctora Ruiz,

De la manera más respetuosa me dirijo a Ud., con el fin de informarle que teniendo en cuenta sus calidades profesionales, éticas, morales y personales, este despacho le ha realizado nombramiento como titular para desempeñar el cargo de Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena I.P.S.-I. Fray Bartolomé de las Casas.

En caso de aceptar esta designación, proceda de inmediato a la posesión en dicho cargo, previo lleno de las formalidades de ley.

Cordialmente,

CABILDO INDIGENA
PUERTO SAMARIA
GOBERNADOR
ORTEGA TOLIMA

JESSE FLOREN NOVA URIBE MORENO
GOBERNADOR CABILDO INDÍGENA DE PUERTO SAMARIA
C.C. 2.356.710 de Ortega Tot.

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

DENTAL CREDITO DE LA COSTA

Nit: 32.883.188-0

CERTIFICAMOS

QUE LA DOCTORA **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ**, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No 22.463.605 DE BARRANQUILLA, PRESTÓ A ESTA ENTIDAD SUS SERVICIOS EN CALIDAD DE ODONTÓLOGA SEGÚN ORDENES DE SERVICIO MENSUAL DESDE 27 DE NOVIEMBRE DE 2004 HASTA 30 DE DICIEMBRE DE 2005.

DURANTE ESE PERIODO SE DESEMPEÑÓ CON EFICIENCIA Y EVIDENTE RESPONSABILIDAD.

ATENTAMENTE

Paola Mendoza Dominguez

PAOLA MENDOZA DOMINGUEZ
GERENTE

Calle 45 # 26-124 TEL. 3701292
Barranquilla - Colombia

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT: 890 102 023 - 7

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS

C E R T I F I C A

Que revisados los archivos se constatò que la Doctora LILIANA RUIZ LOPEZ, identificada con la Cédula de Ciudadania No.22.463.605, prestò a esta Entidad sus servicio en calidad de Supernumeraria, en el cargo de ODONTOLOGA, mediante las siguientes Ordenes de Servicio:

*Desde el 01 al 30 de Noviembre de 2003
*Del 01 al 17 de Diciembre de 2003
*Del 31 de Mayo al 22 de Junio de 2004.

Lo anterior de acuerdo a la Ley 80 de 1993 y demàs Normas Corcondantes

Se expide la presente certificaciòn a los 27 días del mes Julio de 2004

GLADYS AVENDAÑO TAFUR
CC:22.416.274 de Barranquilla

Rosa S.

CALLE 33 # 33 - 139 3797584 FAX: 3797584 - 3792420 BARRANQUILLA - COLOMBIA
POR EL RESPETO Y LA CONFIANZA

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM
3150562550

I.P.S. CONVIVENCIA SOCIAL
Nit 32.652.175-4

EL SUSCRITO GERENTE DE LA
IPS CONVIVENCIA SOCIAL

Certifica que la Doctora LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ, identificada con la cédula de ciudadania N° 22.463.605. expedida en Barranquilla, prestó a esta entidad sus servicios en calidad de ODONTÓLOGA, según Ordenes de Servicio mensuales desde el 1° de abril al 4 de Septiembre de 2002.

Durante ese periodo se desempeñó con eficiencia y evidente responsabilidad.

Atentamente:

Sixta Cano Ruiz.
Sixta Cano Ruiz.
Gerente.

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE REPELON
Nit 802.001.292-8

EL SUSCRITO GERENTE
DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE REPELON.

CERTIFICA:

Que, la Doctora: LILIANA RUIZ LOPEZ, identificada con la Cédula de Ciudadanía No 22.463.605 expedida en Barranquilla, prestó sus servicios profesionales como Odontóloga de Servicio Social Obligatorio (S.S.O), en el Hospital Local de Repelón, durante el periodo comprendido entre el 06 de Diciembre de 2.000 y el 05 de Diciembre de 2.001.

Durante ese periodo se desempeño con eficiencia y evidente responsabilidad.

Atentamente,

OSCARMIN MUÑOZ JIMENEZ
Gerente.

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Liliana Patricia

Apellidos: Ruiz Lopez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 22 463 605

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 10 Año 1977

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Liliana Patricia.

Apellidos: Ruiz Lopez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 22 463 605

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 10 Año 1977

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Liliana Patricia.

Apellidos: Ruiz Lopez

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 22463605---

Fecha de

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22-06-21	Sinovac FV 27-4-23	20104007Y	Hsjo	Yorani Ducara	1110172011
	2	27-07-21	Sinovac FV 05-13-23	20210501Z	Hsjo	Yoani Duvaro	1110172011
		10-02-2022	Pfizer	PCA0055	Hsjo	Ismenia Lozano	28864274

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacinador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-8-22	Pfizer	PCA0074	Hsjo	Ismenia Lozano	28864274
	2	26-08-22	Moderna	302423A	HSJO	Disnel Yale	28870274

Powered by CamScanner



Cruz Roja Colombiana
Seccional Tolima

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Liliana Patricia

Apellidos: Ruiz López

Documento de identidad: 22463605.

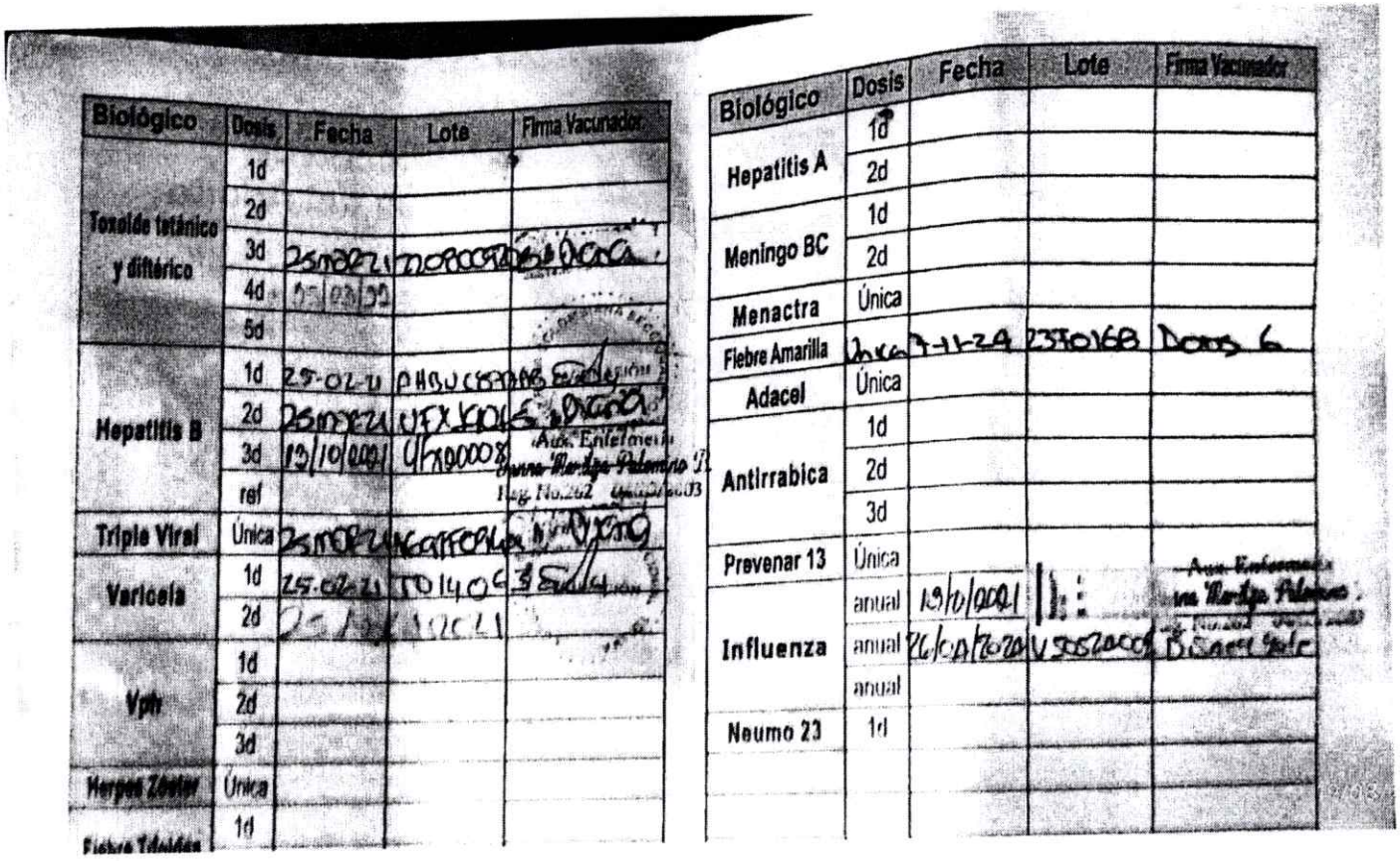
Fecha de nacimiento: 21 de Octubre 1977

Este carnet es válido a nivel nacional e internacional.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvalo

Centro de Vacunación - Ibagué - Tolima
Teléfono: (8) 264 60 14
Cels. 318 306 5038
Cra. 2 No.41-197 B. Santa Elena

Powered by CamScanner



Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador
Toxoide tetánico y diftérico	1d			
	2d			
	3d	25/08/21	[illegible]	[illegible]
	4d	07/03/22		
	5d			
Hepatitis B	1d	25-02-21	[illegible]	[illegible]
	2d	25/05/21	UFX801	[illegible]
	3d	13/10/2021	UFX80008	[illegible]
	ref			
Triple Viral	Única	25/08/21	[illegible]	[illegible]
Varicela	1d	25-02-21	T01405	[illegible]
	2d	[illegible]	[illegible]	
Vph	1d			
	2d			
	3d			
Herpes Zóster	Única			
Fiebre Tifoidea	1d			

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador
Hepatitis A	1d			
	2d			
Meningo BC	1d			
	2d			
Menactra	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7-11-24	2350168	Dosis 6
Adacel	Única			
Antirrabica	1d			
	2d			
	3d			
Prevenar 13	Única			
Influenza	anual	13/6/2021	[illegible]	[illegible]
	anual	26/04/2022	V3052000	[illegible]
	anual			
Neumo 23	1d			

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	22463605	LILIANA	RUIZ

Confirme los números de la Imagen *

5 33

Cambiar

3237

Verificar Registro en Pantalla | Limpiar

Resultado General -2026-09-28 11:20:20 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22463605	LILIANA	PATRICIA	RUIZ	LOPEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ identificado(a) con CC 22463605 registra La siguiente información:

2026-09-28 11:20:20 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Odontologia	2002-07-15	1025	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

SISPRO

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

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

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá (57) 330 5041 Opción 2
Resto del país: 018000960000 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

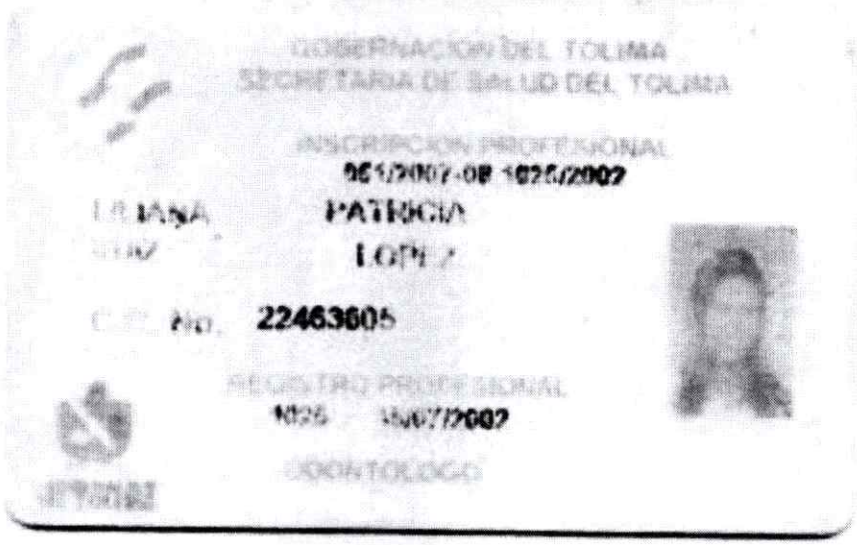
Terminos y condiciones





DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550


GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

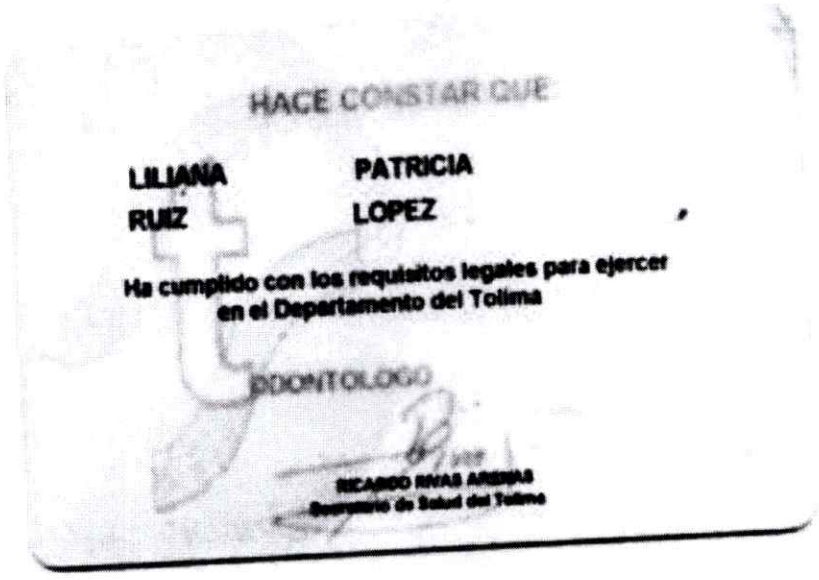
INSCRIPCION PROFESIONAL
951/2007-08 10/26/2002

LILIANA PATRICIA
RUIZ LOPEZ

C.C. No. 22463605

REGISTRO PROFESIONAL
1026 10/07/2002

ODONTOLOGO


HACE CONSTAR QUE

LILIANA PATRICIA
RUIZ LOPEZ

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el Departamento del Tolima

ODONTOLOGO

RICARDO RIVAS ARBEIAS
Secretario de Salud del Tolima

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

SECRETARIA DE SALUD

DESPACHO DEL SECRETARIO

Carrera 45 entre Calles 39 y 40 •Teléfonos 3 402 218 - 3 403 662
•E-mail: dasalud@gobati.gov.co

RESOLUCIÓN NUMERO 08 - 001025 **DE 2002**

(15 JUL. 2002)

" Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional "

EL SECRETARIO DEL DESPACHO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ATLÁNTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

CONSIDERANDO

Que **RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 22.463.605 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **ODONTOLOGO,** según **TITULO** que le otorgo la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA,** el día 21 de enero de 2000, según Acta de Grado No. O-51-2039-00.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la ESE HOSPITAL LOCAL DE REPELON - Repelón - Atlántico, 06 de diciembre de 2000 al 06 de diciembre de 2001

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Autorizar a **RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 22.463.605 expedida en Barranquilla - Atlántico para ejercer la Profesión de **ODONTOLOGO** en el Territorio Nacional

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 15 JUL. 2002

ALEJANDRO ARIZA ROMAN
Secretario de Despacho

MEMM

DRA.LILIANARUIZ.ASESORA@GMAIL.COM

3150562550

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14964863746

(415)7707212489984(8020) 000001496486374 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 2 4 6 3 6 0 5	2	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	LOPEZ	LILIANA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0 4

41. Dirección principal: MZ B CA 11 BRR TECHITOS

42. Correo electrónico: gerenciadrogueriatechitos@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 2 7 8 5 0 7	3 2 0 4 5 9 4 5 0 4	3 1 2 3 6 3 8 9 9 5

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 2 2

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023-11-28 / 08:37:53AM

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 RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-09-2026 09:10:34AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900520616 -2
Avenida Guabinal MZ F CS 17 Jordan
Ibagué - Colombia
Cel. 3108766202



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.666

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2026 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA	FEMENINO	48 AÑOS 3 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	22463605 (Número)

Cargo: ASESORA DE CALIDAD Y DE PROGRAMA DE SANEAMIENTO FI

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL ✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1110447572 - FREDY ALEXANDER MORENO

R. M.: 2237-2009 **L.S.O.:** 2303/2023

Código de Seguridad
B470H1N11666

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA

CC: 22463605

Certificación
Bancaria

Lunes, 28 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ identificado(a) con CC 22463605, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	41373473586	2024-10-16	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-28 09:36

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIANA	PATRICIA	RUIZ	LOPEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	22463605

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

Dirección	["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$3.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$1.500.000,00
TOTAL	$4.500.000,00

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	$1.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUBLE	COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	$40.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$2.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-22463605 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2026-09	231001	800227940	COLFONDOS	1	0	280.200	0	280.200
Periodo salud:	2026-09	EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	0	218.900	0	218.900
Planilla Nro.:	38399790 Tipo I	14-25	800226175	COLMENA	1	0	42.700	0	42.700
Clase de aportante:	I	CCF48	800211025	COMFATOLIMA	1	0	35.100	0	35.100
Fecha transacción:	2026-09-18	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	665313143	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 576.900

PAGADO

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 28 de septiembre de 2026, a las 09:01:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	22463605
Código de Verificación	22463605260928090131

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303810442

PIB
08:59:09

Bogotá DC, 28 de septiembre 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) LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 22463605:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:03:38 AM horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **22463605**

Apellidos y Nombres: **RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/09/2026 09:06:16 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **22463605** y Nombre: **LILIANA PATRICIA RUIZ LOPEZ.**

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. **148503807** . 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

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:13:47 horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **22463605,** Apellidos y Nombres **RUIZ LOPEZ LILIANA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE E.S.E**, con NIT **890700967-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 22463605 **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 28/09/2026 09:08 AM

Código Verificación: **2N1QEBJW4R**

Válida hasta: **28/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2026-7976

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 22463605, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día lunes, 28 de septiembre de 2026 a las 14:34

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

Calle 71 No.11-10 Of 1102 Telefax: 2555752
www.tribunaleticaodontologica.org
Bogotá D.C. - Colombia

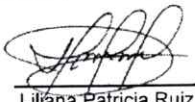
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Liliana Patricia Ruiz Lopez identificado con la cedula de ciudadanía No. 22.463.605 expedida en Barranquilla, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega, el día veintiocho (28 de Septiembre de 20 26.

Firma: 
Nombre: Liliana Patricia Ruiz Lopez
Cédula: 22.463.605

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Liliana Patricia Ruiz Lopez, identificado con la cedula de ciudadanía No. 22.463.605, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		x
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica)**.

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

) Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E, alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los 28 dias del mes de Septiembre 2026.

Liliana Patricia Ruiz Lopez
22.463.605

Nombre completo y firma CC.
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Liliana Patricia Ruiz Lopez
CEDULA:	22.463.605
CARGO:	Asesora de Calidad
DIRECCION:	Manzana B Casa 11 Barrio Techitos
TELEFONO:	3150562550
CORREO ELECTRONICO:	dra.lilianaruiz.asesora@gmail.com.co

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el veintiocho (28) del mes de Septiembre del año 2026.

Firma:

C.C. No. 22.463.605 de Barranquilla

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Liliana Patricia Ruiz Lopez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 22.463.605 expedida en Barranquilla, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

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

Firma: _____
Nombre: Liliana Patricia Ruiz Lopez
Identificación: 22.463.605
Fecha: 28 dias del mes de Septiembre 2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud