

Cartagena de Indias, Mayo 2026.

Señores

E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Ciudad

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE OFERTA DE SERVICIOS.

Yo, **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA**, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 45706575 de TURBACO, actuando en nombre propio, me permito presentar ofertas de servicios a la **E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias**, con el fin de ejecutar las actividades que me sean asignadas en el marco del **Contrato de Prestación de Servicios (OPS)** que se suscriba con la Entidad.

Manifiesto que cuento con la formación académica, experiencia, competencias técnicas y capacidad operativa necesarias para el adecuado cumplimiento del objeto contractual, comprometiéndome a desarrollar las actividades encomendadas con observancia de los principios de eficiencia, responsabilidad, oportunidad y calidad, conforme a la normatividad vigente y a las directrices impartidas por la Gerencia y/o el supervisor del contrato.

Declaro que conozco la naturaleza jurídica del contrato de prestación de servicios, el cual no genera relación laboral ni prestaciones sociales, y que me obligo a ejecutar el objeto contractual de manera autónoma, respondiendo por la calidad, veracidad y oportunidad de los productos y resultados entregados.

Así mismo, me comprometo a cumplir con las obligaciones legales, contractuales y administrativas que se deriven del contrato, incluyendo aquellas relacionadas con confidencialidad de la información, manejo adecuado de datos personales, observancia del régimen de inhabilidades e incompatibilidades y cumplimiento del sistema de seguridad social integral.

En constancia de lo anterior, presento formalmente mis servicios a la **E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias**, quedando atento(a) a cualquier información adicional que se requiera para la formalización del contrato.

Cordialmente,

JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA

C.C. No. 45706575 de TURBACO.



FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1985**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

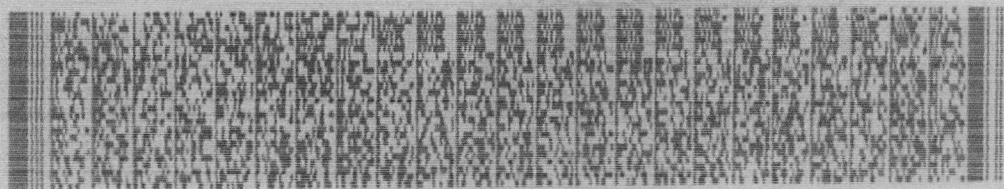
08-MAY-2003 TURBACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0500150-00441175-F-0045706575-20130618

0033461962A 1

6002408871

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **45.706.575**

MONTES GAVIRIA

APELLIDOS

JULIA SUSANA

NOMBRES

Julia S. Montes Gaviria

FIRMA



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295584382



PIB
14:06:15
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de mayo 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) JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 45706575:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web:
<https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



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



Línea gratuita 018000910315

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

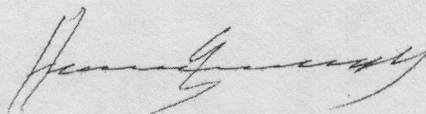
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 08 de mayo de 2026, a las 14:06:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	45706575
Código de Verificación	45706575260508140639

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

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/05/2026 02:07:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **45706575** y Nombre: **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA.**

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. **139823569** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



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





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:14:19 PM horas del 08/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **45706575**

Apellidos y Nombres: **MONTES GAVIRIA JULIA SUSANA**

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.



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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República

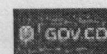


Ministerio de
Defensa Nacional



Contratación

Portal Único de



GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:15:17 horas del 08/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **45706575**, Apellidos y Nombres **MONTES GAVIRIA JULIA SUSANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, con NIT **806010305-8** 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>

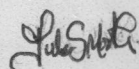
 Hospital Local Cartagena de Indias	PROCESO DE CONTRATACION FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	Código: FTO-CON-ACDS-30
		Versión: 1
		Fecha: 28/06/2024

El (la) suscrito(a) Julia Susana Montes Gaviria identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 45706575 expedida el 08/05/2003, 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 753 de 2019, a la ESE Hospital Local Cartagena de Indias con NIT. 806.010.305-8, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de 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 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.esecartagenadeindias.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Cartagena, el día doce (12) de enero de 20 .

Firma



Nombres y Apellidos
C.C. / C.E. / P.P

Julia Susana Montes Gaviria
45706575

2d. de



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 45706575 **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 08/05/2026 02:42 PM



Código Verificación: **ZKQUG8JY24**

Válida hasta: **06/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Montes	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gaviria	NOMBRES Julia Susana
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 45706575	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 22 MES 03 AÑO 1985 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE BOLIVAR # 40-27 CASA AMBERES PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS TELÉFONO 3002021570 EMAIL susana03226@hotmail.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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000
										X				
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)														
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:														
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)								
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)										
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).														
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL							
		SI	NO		MES	AÑO								
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	10	2018								
PREGRADO	10	X		MEDICINA	01	2012	1322881/2012							

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SERSOCIAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	11	Año	2020	Día	08	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 1 CABRERO KRA 1 #41-56						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA AMI				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6606657			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	09	Año	2013	Día	01	Mes	07	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DIRECTOR DE AMBULANCIA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 22 N 26 95 MANGA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INTENSIVISTAS MATERNIDAD RAFAEL CALVO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 6722153			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	01	Mes	01	Año	2013	Día	18	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN AMBERES CRA 40 DG 26C-82			

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Catagema 22/01/2026
Lidia Sunk

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.

Catagema 22/1/2026
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

• Verificar y Aprobar Hoja de Vida •

Esta hoja de vida de: **Julia Susana Montes Gaviria** con Tipo doc: **CEDULA DE CIUDADANIA** – No doc: **45706575**, ya tiene aprobación de parte suya. Por favor indique si desea:

☒ Reversar la aprobación 22/01/2026 y ☐ Realizar aprobación para un ☐ Realizar aprobación para el
CONTRATO DE PRESTACION DE cargo/contrato/UTL-UAN mismo cargo/contrato/UTL-
SERVICIOS diferente UAN

Continuar

Cancelar



La República de Colombia
y en su nombre el

Liceo
"Soledad Acosta de Samper"
Cartagena de Indias

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación y Cultura Distrital
según Resolución No. 0063 del 3 de noviembre de 2000,

Confiere a

Julia Susana Montes Gaviria

Identificado(a) con T.I. No. 850322-35358 Expedida en Cartagena

El Título de

Bachiller en Ciencias Naturales

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo
al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Liceo.

Rector,

Secretario,



[Firma]

[Firma]

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 3 Folio No. 11 Diploma No. 249

Dado en Cartagena de Indias, a 14 de Diciembre del año 2000.



Institución Educativa
"Soledad Acosta de Samper"
Cartagena de Indias

INSCRIPCIÓN

113001003059

DANE

JORNADA

TARDE

Acta Individual de Grado

DUPLICADO

En la ciudad de CARTAGENA a los 15 días del mes de DICIEMBRE del año 2000

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, suscritos Rector y Secretario en la
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SOLEDAD ACOSTA DE SAMPER

Actoría del

Institución APROBADA POR RESOLUCIÓN No 0849 DE MAYO 30 DE 2002

en el nivel de Educación Media

ACADÉMICA y AUTORIZADA POR SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL

Para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad CIENCIAS NATURALES

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media ACADÉMICA, se procedió a otorgar el TITULO DE

BACHILLER

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

/ JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA con C.C. 45.706.575 de T/baco

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 45 De fecha Dic. 15/2000 que consta de

343 Alumnos que comienza con el nombre CAROLINA STELLA AHUMADA BURGOS

Y cierra con el nombre de LIGIA HELENA ZAMORA TARRA

Firmada y sellada por LUIS ALFONSO RAMIREZ CASTELLON

(Rector)

y LENYS HERRERA DE ROMERO

(Secretario).

Dada en CARTAGENA 26 a los 26 días del mes de Enero del año 2012

Firmado y Sellado

El Rector o Director

C.C. No. C.C. 9.093.940 de C/gena

Secretario (a)

C.C. No. 33.140.552 CARTAGENA

DIPLOMA No. 249



La República de Colombia
y en su nombre la

Corporación Universitaria Rafael Núñez
en atención a que



JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA
C.C. No. 45.706.575 de Turbaco

Ha completado todos los estudios que el Ministerio de Educación Nacional, la ley y el
Reglamento Estudiantil exige para optar el título de: **MEDICO**

le expide el presente Diploma, testificando y garantizado bajo la Fe Pública de
que se halla investido por Ministerio de la ley, que dicha persona es idónea para
desempeñar la profesión de

MEDICO

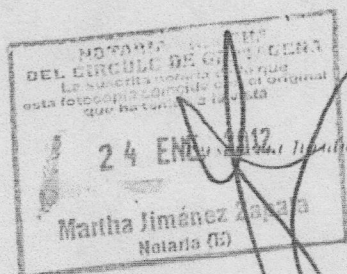
En testimonio de ello se expide el presente Diploma en la Ciudad de Cartagena de Indias,
el día **21** del mes de **Enero** del año **2012**
y se refrenda con las firmas y Sello respectivos

Rector

Vice Rector Académico

Decano

Secretario General



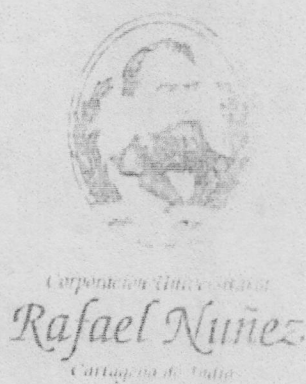
Acta de Grado No. **056**

Diploma No. **0814**

No. de Registro **0814**

Edición No. **4**

Decreto No. 0644 del 5 de junio de 1985 - Ministerio de Educación Nacional



CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ

ACTA DE GRADO No. 056

En la ciudad de Cartagena de Indias, a los diecinueve (19) días del mes de Diciembre 2011, por medio del Acuerdo del Consejo Superior de la misma fecha, dentro del Programa de Medicina, la Corporación Universitaria Rafael Núñez en nombre de la República de Colombia y con base en la autonomía conferida por la Ley 30 de 1992, se le otorgó el título de:

MEDICO

A

JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA
CC. No. 45.706.575 de Turbaco

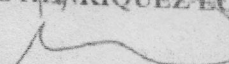
Quien cumplió con los requisitos exigidos por los estatutos y el Reglamento Estudiantil de la Institución y con las normas legales vigentes. En testimonio se le entregó el Diploma No.0814 y para constancia se firmó el Acta correspondiente.

Fecha de Grado: Enero 21 de 2012.

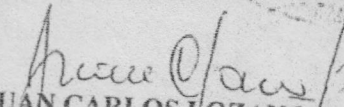
El Rector


MIGUEL ANGEL HENRIQUEZ LOPEZ

Vice Rectora Académica

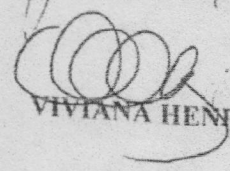

PATRICIA DE MOYA CARAZO

Decano de la Facultad


JUAN CARLOS LOZANO PINEDA

Secretaria General




VIVIANA HENRIQUEZ LOPEZ



UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector,

en convenio con
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

teniendo en cuenta que

JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA

C.C. No. 45.706.575 de Turbaco

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad,
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

Dado en Barranquilla, a los 5 días del mes de Octubre de 2018

Aracelis R.
Rector

[Signature]
Rector

Alexandra Ospina J.
Decano de División

[Signature]
Secretario Académico

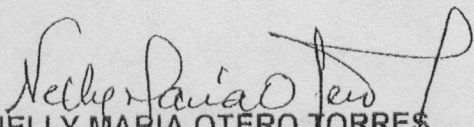
Cartagena de Indias, 09 de julio de 2025.

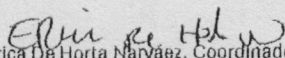
LA DIRECTORA DEL ÁREA GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA:

Que el(la) señor(a) **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **45.706.575** laboró en esta empresa mediante un contrato a término **INDEFINIDO** desde el día 10 de noviembre de 2020 hasta el 08 de julio de 2025.

Ultimo cargo desempeñado: **MEDICO**


NELLY MARIA OTERO TORRES


Aprobó: Erica De Horta Narváez. Coordinadora de nómina
Realizó: Sandra Vitola Rivas- Asistente de nómina

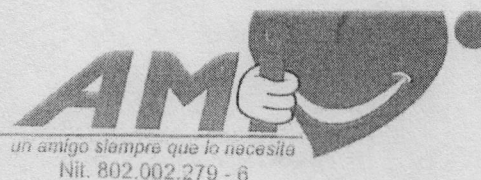
Julia S Montes Gaviria

Carretera 22 No. 26 - 95 Casa Velez Dantes Barrio Manga • PBX (51) 660 6657

• Santa Marta

Calle 22 No. 19C - 08 Barrio Porvenir • PBX (51) 438 1913

Colombia



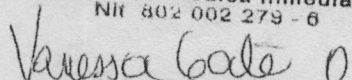
CERTIFICAMOS

El señora **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA** Identificada con cédula de ciudadanía No. 45.706.575, trabajó en esta empresa desde el 06 de Septiembre de 2013, hasta el 01 de Julio de 2015 desempeñando el cargo de **MEDICO DIRECTOR DE AMBULANCIA.**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Julio de 2015.

Cordialmente,


Asistencia Médica Inmediata
NIT 802 002 279 - 6


VANESSA GALE PEÑA

Coordinadora de Gestión Humana



Cartagena de Indias D.T. y C., 29 de Julio de 2015

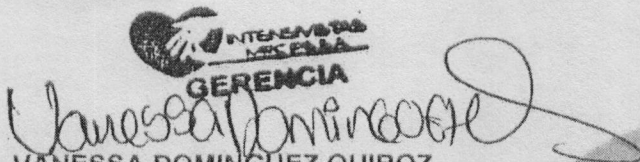
**LA SUSCRITA GERENTE INTENSIVISTAS MATERNIDAD RAFAEL CALVO
IPS S.A.
NIT: 900.036.695-9**

CERTIFICA

Que la señora **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA**, identificada con la cedula de ciudadanía No. **45.706.575** de Turbaco, laboró en la institución desde el 01 de Enero de 2013 hasta el 18 de octubre de 2013, en el cargo de **MEDICO GENERAL**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Julio de 2015 como aparece, carece de tachaduras y enmendaduras.

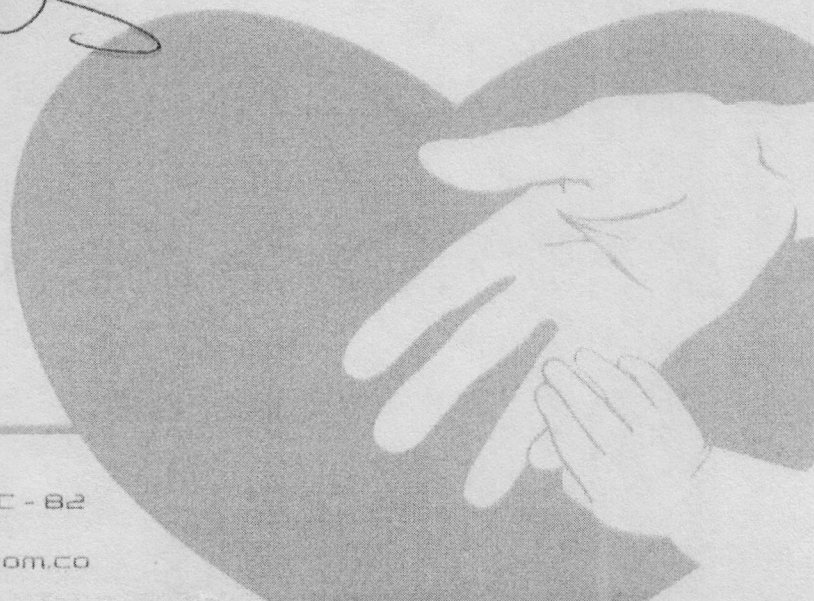
Atentamente,


VANESSA DOMÍNGUEZ QUIROZ
Gerente

Vto.Bo. jurídica

Proyecto: Mlopez

Dirección: Amberes Cra 40 Diag. 26 C - B2
Teléfono: (5) 6722153
E-mail: contacto@intensivistasmrc.com.co
Cartagena de Indias - Colombia





GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR
Secretaría De Salud Departamental
Inscripción Departamental

MEDICO

Profesión u Oficio

JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA
C.C 45.706.575



Fecha de Expedición:

11 DE JULIO DE 2012

CORP UNIV. RAFAEL NUÑEZ

CARTAGENA

Institución Educativa

Ciudad

13 - 22881 11/07/2012

BOLIVAR

Registro No.

De

Firma Autorizada

Secretaría de Salud Departamental de Bolívar o su Delegado

**Esta tarjeta es documento público en caso de pérdida favor
devolverla a la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar**



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registro No.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

13 22881/2012

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA

C.C. o C.E.

45706575

Institución de Educación

Ciudad

CARTAGENA

C.U RAFAEL NUÑEZ

Código

82962/13

Fecha de Expedición

21/05/2014

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1154 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

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



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

C4570657500320413

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA**, identificado(a) con C.C. No. 45706575 y T.P. o R.M. No. 22881/2012 del(a) Secretaria Departamental de Salud Bolívar, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 08 mayo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

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 *

45706575

Primer Nombre

julia

Primer Apellido

montes

Confirme los números de la Imagen *

93 27



Cambiar

4160

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-01-05→8:32:13 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	45706575	JULIA	SUSANA	MONTES	GAVIRIA	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) JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA identificado(a) con CC 45706575 registra La siguiente información:

2026-01-05→8:32:13 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2012-07-11	22881	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD BOLIVAR

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

2. Concepto **13** Actualización de oficio

4. Número de formulario

141058365209



(415)7707212489984(8020) 0000141058365209

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

4 5 7 0 6 5 7 5

6. DV

8

12. Dirección seccional
Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

4 5 7 0 6 5 7 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio

Turbaco

8 3 6

31. Primer apellido

MONTES

32. Segundo apellido

GAVIRIA

33. Primer nombre

JULIA

34. Otros nombres

SUSANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bolívar

1 3

40. Ciudad/Municipio

Cartagena

0 0 1

41. Dirección principal

BRR AMBERES CL BOLIVAR 40 27

42. Correo electrónico

susana03226@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 6 2 6 6 9 2

45. Teléfono 2

3 0 0 2 0 2 1 5 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 4 0 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 1

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

45. Imppto. renta y compl. régimen ordinario

46. No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

EPS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **45706575** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRES Y APELLIDOS
TIPO DE AFILIADO
PARENTESCO
ESTADO DE AFILIACIÓN
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN
FECHA DE INGRESO A EPS SURA
FECHA RETIRO EPS SURA

CC 45706575
JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA
SEGUNDO COTIZANTE
CONYUGE
TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
COBERTURA INTEGRAL
01/05/2024
ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación:

08/05/2026

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquía, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 6115, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA identificado(a) con C.C No. 45.706.575, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de mayo del 2026.

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

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



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

CERTIFICADO DE APTITUD

Fecha de la Certificación: 27 / 8 / Año 25
 Lugar de la certificación: BOLIVAR
 Departamento: Bolivar Ciudad: Cartagena

CERTIFICA que el Sr.(a):

Nombre y Apellidos: Julia Susana Montes Gaviria
 Documento de Identidad: 45706575
 Edad: 40 años
 Genero: F

Puesto al que postula (solo pre ocupacional):

MEDICO

Ocupación actual o ultima Ocupación:

MEDICO

HISTORIA CLINICA

Conclusiones:

SIN ALTERACIONES QUE IMPIDAN EL DESEMPEÑO DEL CARGO

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO / REINTEGRO

Concepto	Observaciones
Apto	X SIN ALTERACIONES
Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal	
Apto con restricciones que limitan su trabajo normal	
Aplazado	
No apto	
Requiere reubicación: No Si	Restricciones:

CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

Normal: Si No Describir: N/A
 Remisión: No Si EPS ARP

CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

Normal: Si No Describir: N/A
 Remisión: No Si EPS ARP

RECOMENDACIONES

- Continuar con hábitos de vida saludable dieta y realizar ejercicio físico 30 min día
- valoración por nutrición
- USO DE EPP indicados para cada tarea
- Adherencia a los programas de promoción y prevención de la salud, además de las normas de SST

Clely Elles Castillo

Clely Elles Castillo
 Medico
 Esp. Salud Ocupacional

Clely Elles Castillo
 Medico
 Esp. Salud Ocupacional
 Resol 253 de 2025

Nombre, Sello y Firma del medico que certifica

[Búsqueda](#) [Mis procesos](#) [Menú](#) [Ir a](#)[Escritorio](#) → [Menú](#) → **Ofertas****OPORTUNIDADES
RECIENTES**No se han
encontrado**ÚLTIMAS
OFERTAS**No se han
encontrado[Volver](#)[Últimas modificaciones](#)[Todas](#)[En edición](#)[Selecciones](#)**Buscar por ofertas**[Buscar](#)[\(Búsqueda avanzada\)](#)

Últimas modificaciones

Número de ofertaTítulo del procesoTipo de procesoEntidad EstatalFecha de presentación de ofertasFecha de presentaci

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

OPCIONES[Cancelar](#)**VER**[Últimas modificaciones](#)[Todas](#)[En edición](#)[En aprobación](#)[Pendiente por presentar](#)[Rechazada](#)[Aceptada](#)[Presentada](#)[Revisada](#)[Cancelada](#)[Elaborada](#)[Enviada](#)[Retirada](#)

H

H



FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO Y
VINCULACION CLIENTE PERSONA NATURAL

Código: FTO-CON-CVPN-35

Versión: 1

Fecha: 24/07/2025

IDENTIFICACIÓN		
Primer apellido: Montes	Segundo apellido: Gaviria	Nombre(s): Julia Susana
Lugar de nacimiento: Cartagena	Fecha de nacimiento: 22/03/1985	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ P.P. ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ No.
Ocupación, oficio o profesión: Medico	Nacionalidad: Colombiana	Ciudad: Cartagena
Dirección de residencia: Amberes cl 28 # 40-27		
Teléfono de residencia:	Teléfono móvil: 3002021570	E-mail para notificaciones: Susana03226@gmail.com
PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA		
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí ☐ No ☒	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí ☐ No ☒	
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí ☐ No ☒	En caso de respuesta afirmativa, especifique (artista, deportista, etc.):	
OPERACIONES INTERNACIONALES		
¿Realiza operaciones internacionales? Sí ☐ No ☒ ¿Cuál? (importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, giros, pago de servicios, transferencias, etc.)		
DECLARACIONES		
Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con la ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS o cualquiera de las sociedades pertenecientes a su grupo empresarial, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testaferrato, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que actualmente no me encuentro incluido en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no he sido vinculado a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no he sido condenado, y no se ha emitido en mi contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.		
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).	VERIFICACIÓN	
	Hora:	Fecha: 22/1/2024 Ciudad: C/Gen
	Nombre del funcionario responsable: [Firma]	
	P.P. ☐ C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No.: 22857908	
	Firma: [Firma]	
	Cargo: P.E. controlador	
Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas. Sí ☐ No ☐		
Consulta en listas No. _____		
OBSERVACIONES (Para Uso Exclusivo de la ESEHLCI)		

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4403205836

PÓLIZA No: 440 -89 - 994000001117 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: CARTAGENA				COD. AGE: 440				RAMO: 89				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
14	01	2026		14	01	2026	23:59	29	08	2026	23:59	227	14	01	2026
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
				A LAS				A LAS				DÍAS			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL				TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESIÓN											

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS				DÍAS															
				14				01				2026				23:59				29				08				2026				23:59				227			
				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS							

DATOS DEL TOMADOR											
NOMBRE: JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA											
DIRECCIÓN: CLL BOLIVAR 40 27 AMBERES											
CIUDAD: CARTAGENA DE INDIAS, BOLÍVAR											
IDENTIFICACIÓN: CC 45.706.575											
TELÉFONO: 3145684393											

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO											
ASEGURADO: JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA											
DIRECCIÓN: CLL BOLIVAR 40 27 AMBERES											
CIUDAD: CARTAGENA DE INDIAS, BOLÍVAR											
IDENTIFICACIÓN: CC 45.706.575											
TELÉFONO: 3145684393											
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS											
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8											

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS											
ITEM: 1											
DEPARTAMENTO: BOLÍVAR											
CIUDAD: CARTAGENA DE INDIAS											
DIRECCIÓN: CALLE 0 No. 0-0 AMBERES CLL BOLIVAR 40-27											
ACTIVIDAD: MEDICO											

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 350,181,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		350,181,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		350,181,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		350,181,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		350,181,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		35,018,100.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACUERDA QUE A PARTIR DE 14/01/2026 SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA A COP \$350,181,000 POR SOLICITUD DEL TOMADOR. QUEDA CONVENIDO Y ACEPTADO QUE BAJO EL PRESENTE LÍMITE ASEGURADO SE ATENDERÁN AQUELLAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ POR LA ENTIDAD Y QUE SEAN POSTERIORES A LA FECHA DE EMISION DEL ANEXO. PARA LOS DEMAS CASOS, APLICARAN LAS CONDICIONES PREVIAS CONTRATADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SIN MODIFICAR CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,181,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****42,478	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****8,071	TOTAL A PAGAR: \$ *****50,549
--	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
ND CONSULTORES DE SEGUROS LTDA	9330	100.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR		FIRMA TOMADOR	
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá			

CADC207B0D0CFB7C56	CLIENTE	EXT. JALMONACID 0
--------------------	---------	-------------------

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

JULIA SUSANA MONTES GAVIRIA

C.C 45.706.575

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de enero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 765709120000



Educación



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Julia Susana Montes Gaviria
CC 45706575 de Turbaco Bolivar

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

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-01-13
Fecha de vencimiento: 2028-01-13



FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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.

Certifica

Julia Susana Montes Gaviria

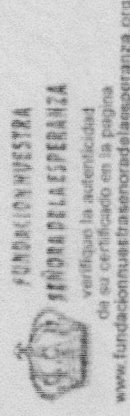
CC 45706575 de Turbaco Bolivar

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial -
Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14



ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBNE SIEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica Julia Susana Montes Gaviria

CC 45706575 de Turbaco Bolivar

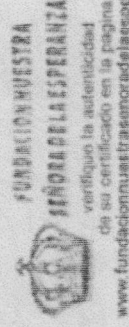
Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI
Clínico

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-07-14

Fecha de vencimiento: 2027-07-14

Verificación:



verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org

ING SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206

Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 901366232-1

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.

Certifica

Julia Susana Montes Gaviria

CC 45706575 de Turbaco Bolivar

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14



ING. SOLANILY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista