Mocoa, 01 de septiembre 2026

Coronel
**ALVARO CORREA GAMBA**
Comandante Departamento de Policia Putumayo
Mocoa-Putumayo

Respetado coronel.

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud Putumayo mis servicios como Medico general, soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el articulo 60 de la Ley 610 del 2000.

Atentamente,

**GLORIA NANCY SAMBONI**
**Medico General**
**CC 66.999.515 Cali-Valle**



| | |
|---|---|
| GRADO | : CPS-04 |
| APELLIDOS Y NOMBRES | : GLORIA NANCY SAMBONI |
| CC | : 66.999.515 Cali-Valle |
| DEPENDENCIA / ESPECIALIDAD | : MEDICO GENERAL |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.999.515**

**SAMBONI**

APELLIDOS

**GLORIA NANCY**

NOMBRES

Gloria Nancy Samboni

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1977**

**MOCOA**
**(PUTUMAYO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.53 | B+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**23-OCT-1995 CALI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2313600-00129468-F-0066999515-20081118 0006316145A 1 26094423

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 |
|---|---|---|
| SAMBONI | | GLORIA NANCY |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 66999515 | 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 20 MES 03 AÑO 1977 | CARRERA 8 CALLE 8 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | PUTUMAYO |
| DEPTO | PUTUMAYO | MUNICIPIO | MOCOA | | |
| MUNICIPIO | MOCOA | TELÉFONO | 3123424069 | EMAIL | nancy-s7@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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 06 | AÑO | 1996 |

***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 | | ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD | 09 | 2020 | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2008 | 52 244 |

## 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* |
| INGLÉS | X | | | X | | | X | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3174340073 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 07 | *Año* | 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>VALORACION MEDICA | *DEPENDENCIA*<br>DIRECCION DE INCORPORACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 null null esquina | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | *Día* | 26 | *Mes* | 06 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>VALORACION MEDICA | *DEPENDENCIA*<br>DIRECCION DE INCORPORACION | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 12 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>VALORACION MEDICA | *DEPENDENCIA*<br>DIRECCION DE INCORPORACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 8 8 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CRC CERTIFICAMOS SAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201256 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 8 8 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION MI IPS HUILA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 05 | *Año* 2021 | *Día* | 02 | *Mes* | 02 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17A 5A 41 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201256 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 06 | *Año* 2020 | *Día* | 17 | *Mes* | 03 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 8 8 ESQUINA DEL COMANDO DE POLICIA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 07 | *Año* 2017 | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 8 cra 8 esquina centro | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* 2016 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 8 cra 8 esquina centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IPS SAN JOSE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VILLAGARZÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3208303021 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 12 | *Año* 2015 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Barrio Obrero, Villagarzón (P). Colombia | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 11 | *Año* 2014 | *Día* | 26 | *Mes* | 06 | *Año* | 2015 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>calle 8 cra 8 esquina centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 07 | *Año* 2014 | *Día* | 02 | *Mes* | 11 | *Año* | 2014 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>calle 8 cra 8 esquina centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 07 | *Año* 2013 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2014 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>calle 8 cra 8 esquina centro | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 08 | *Año* 2012 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2013 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>calle 8 cra 8 esquina centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* 2011 | *Día* | 30 | *Mes* | 07 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>calle 8 cra 8 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>42021259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 10 | *Año* 2010 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>barrio centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA UPROSALUD | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>PUERTO GUZMÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3107854647 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 01 | *Año* 2011 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>barrio centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4201259 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* 2009 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2010 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 null null CALLE 8 CRA 8 ESQUINA B/ CENTRO | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SAN PEDRO DE CUMBITARA DEL MUNICIPIO DE CUMBITARA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>NARIÑO | *MUNICIPIO*<br>CUMBITARA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3113723339 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 02 | *Año* | 2009 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO SSO | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 0 0 null B/ BELEN | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 11 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 4 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ocoa, 12 de junio 2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

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

Función Pública

# FORMULARIO ÚNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Gloria Nancy Samboni

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 66,999,515 de Cali-Valle CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Colombia | Departamento | Putumayo | Municipio | Mocoa |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | Cra 5 3 Nro 3-02 | Teléfonos | 3123424069 | | |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Marina Esther Samboni Buesquillo | C.C N° 25320525 de Bolivar-Cauca | Madre |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 4.700.000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 4.700.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | Ahorros | 074-000034-79 | Mocoa | $ 500.000 |
| Nequi | Ahorros | 3123424069 | Mocoa | $ 1.000.000 |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N° |
|---|---|---|
| Pablo Silverio Murillo Cocunubo | C.C. X C.E. T.I. | 1.051.316.215 |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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 *

66999515

Primer Nombre

gloria

Primer Apellido

samboni

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6198

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2026-06-08→11:30:02 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 66999515 | GLORIA | NANCY | SAMBONI | | 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) GLORIA NANCY SAMBONI identificado(a) con CC 66999515 registra La siguiente información:**

**2026-06-08→11:30:02 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Medicina | 2009-10-23 | 2444 | INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO |

**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**

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:32:37 AM horas del 06/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **66999515**
Apellidos y Nombres: **SAMBONI GLORIA NANCY**

**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.

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, 06/06/2026 09:35:49 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **66999515** y Nombre: **GLORIA NANCY SAMBONI .**

## 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. **141613564** . 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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 300201708

PIB
15:17:10


Bogotá DC, 28 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GLORIA NANCY SAMBONI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 66999515:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de julio de 2026, a las 14:33:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 66999515 |
| Código de Verificación | 66999515260728143321 |

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

# 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 09:33:52 horas del 06/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **66999515,** Apellidos y Nombres **SAMBONI GLORIA NANCY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **policia nacional**, con NIT **900968320-1** 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 66999515 **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 28/07/2026 02:32 PM

Código Verificación: **Y97PJR6KA5**

Válida hasta: **26/10/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) GLORIA NANCY SAMBONI identificado con CC 66999515 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de Servicios: | 01/01/2018 |
| IPS Cotizante: | SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS-MOCOA |
| Categoría: | A |
| Estado: | ACTIVO |

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en QUIEN , a los 4 días del mes de junio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
Nueva EPS S.A

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLORIA NANCY SAMBONI** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **66999515,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de junio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

# Certificación
# Bancaria

Viernes, 05 de junio de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que GLORIA NANCY SAMBONI identificado(a) con CC 66999515, 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 | 07400003479 | 2022-03-02 | 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

# *FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS*
# *DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MÁQUINA O COMPUTADOR*

**1.TIPO DE BENEFICIARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.2 Consorcio o Unión Temporal | | 1.11 Persona Natural Extranjera | |
| 1.2 Departamento | | 1.12 Persona Natural Nacional | X |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | |
| 1.6 Gobierno Extranjero | | 1.16 Regional sin NIT Especial | |
| 1.7 Municipio | | 1.17 Resguardo | |
| 1.8 Otra Pública Departamental | | 1.18 Sociedad de Economía Mixta | |
| 1.9 Otra Pública Municipal | | 1.19 Universidad Pública | |
| 1.10 Otro Beneficiario | | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | |

**2.TIPO DE DOCUMENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | X | 2.4 Otro Tipo de Documento | |
| 2.2 Cédula de Extranjería | | 2.5 Pasaporte | |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | | 2.6 Tarjeta de Identidad | |

**NUMERO DEL DOCUMENTO** | | 6 | 6 | 9 | 9 | 9 | 5 | 1 | 5 | - | |

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA Ó NIT**

**3.TIPO DE RETENCIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | | 3.6 Régimen Común | X |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor | | 3.7 Régimen Simplificado | |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor | | | |

**4.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** Gloria Nancy Samboni

**5.PAÍS** Colombia

**6.CIUDAD** Mocoa

**7.TELÉFONO Y FAX** 3123424069

**8.DIRECCIÓN** Cra 5 #3-02

***INFORMACIÓN DE LA CUENTA***

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA
2.NUMERO DE LA CUENTA | | | 0 | 7 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 7 | 9 |

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** X

***ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA***

**SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE**

***FECHA*** _____



*FIRMA REPRESENTANTE LEGAL*

Mocoa - Putumayo,

Señores
Unidad Prestadora de Salud Putumayo
**Sanidad Policía Nacional**
Mocoa

Yo Gloria Nancy Samboni identificada con la cedula de ciudadanía No. 66.999.515 de Cali-Valle, certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ____ NO __X__ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2024.

Firma: _____
Cédula: 66999515

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
Unidad Prestadora de Salud Putumayo

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: _____

Hora: 8:30_____

Lugar de toma del consentimiento: _Mocoa-Putumayo_____

Yo: _Gloria Nancy Samboni_____

Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 66.999.515_de _Cali-valle___

Mediante el presente documento autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, realizar el trámite de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados.

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Fundamentos Legales: Ley 1581 de 2012 y su DECRETO 1377 DE 2013

Firma _____
Cédula 66999515

*La República de Colombia* *y en su nombre*

# *El Colegio de la Santísima Trinidad*

*Santiago de Cali - Valle*

**Reconocimiento Oficial de la Secretaría de Educación Municipal No. 4143.2.21.3039 de Mayo12 de 2.009**

*Confiere a:*

## Gloria Nancy Samboni

*C.C. No. 66.999.515 de CALI (Valle del Cauca)*

*El Título de*

## Bachiller Técnico Especialidad en Comercio

***Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.***

*Lic. Luz Yolanda Ramírez López*
*c.c. No. 31.934.251*
*Rectora*

*Lidiz Milena Criollo Luengas*
*c. c. No. 66.914.302*
*Secretaria General*

*Acta No. 014 Registro No. 014-078-194*
*Diploma No. 197467* *Dado en Santiago de Cali, a 19 de Julio de 1996*

Scanned with CamScanner

# COLEGIO DE LA SANTISIMA TRINIDAD

Carrera 22 No. 5A-21 teléfonos - 873060 - 3797114
Santiago de Cali - Valle

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSCRIPCION S. E. 271 DANE 37600105915

En la ciudad de Cali, a los diez y nueve (19) días del mes de julio del año mil novecientos noventa y seis (1996), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rectora y Secretaria en la Rectoría del **"COLEGIO DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD"**, Plantel privado con Reconocimiento Oficial No 343 de enero 31 de 1.986 desde Básica Primaria, Básica Secundaria, Media Técnica, Especialidad en Comercio y Gerontología, emanada por la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca y la Secretaría de Educación Departamental. Comprobada la situación legal de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el título de:

# Bachiller Comercial

A la graduanda cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

## *GLORIA NANCY SAMBONI*

CC. No. 66999515 de Cali

Es fiel copia del acta original No. 014 de fecha 19 de julio de 1.996 que consta de 228 alumnas que comienzan con el nombre de AGUIRRE VASQUEZ PATRICIA y se cierra con el nombre de ZUÑIGA GRANADA VIVIANA.

Firmado y sellado por Luz Yolanda Ramirez López (Rectora) y Lidiz Milena Criollo Luengas. (secretaria).

COLEGIO DE LA SANTISIMA TRINIDAD RECTORÍA

Lic. LUZ YOLANDA RAMIREZ LOPEZ.
CC. No. 31.934.251 de Cali.
Rectora

LIDIZ MILENA CRIOLLO LUENGAS
CC. No. 66.914.302 de Cali
Secretaria

Folio 078-193 Diploma 197467
Dado en Santiago de Cali a los diez y nueve (19) días del mes de Julio de 1996.

Segun Decreto 921 del 6 de Mayo de 1.994 del M. E. N. El acta de graduación reemplaza en todas sus formas al registro del Diploma
Debe autenticarse en la Notaria Cuarta.

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

Certifica que

## Gloria Nancy Samboni

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 66'999.515 DE CALI

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# MEDICA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Pasto, el día 27 de marzo de 2009

Rector

Director Seccional

Gloria Patricia Ramos J
Secretario General

Registros y Diplomas

...Decano de Facultad

...Anotado al folio No.

del libro de Registros y Diplomas No.

Refrendado en Pasto el día de marzo de 2009

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 92

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 6176

FECHA: 27 DE MARZO DE 2009

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - PASTO

En atención a que GLORIA NANCY SAMBONI

con cédula de ciudadanía No. 66,999,515 de CALI

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de MEDICA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 004 en sesión del día 18 de FEBRERO de 2009

Para constancia se suscribe por:

CESAR PEREZ GARCIA
Rector

CARLOS FOLLECO ERAZO
Director Seccional

HECTOR ARMANDO CORAL BURGOS
Decano de la Facultad

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario General

No. 4248

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

# ACTA DE GRADO No. 915

En Bogotá D.C., el 11 de diciembre de 2020 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 056 del 25 de noviembre de 2020, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, la Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Paola Ruiz Díaz y la Secretaria General, Doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **GLORIA NANCY SAMBONI**, Identificada con C.C. No. 66999515 de Cali, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No. 013 del 24 de agosto de 1999 y 038 del 27 de agosto de 2013. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

Anotado en el Tomo 13, Folio 50, Registro 76897

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., a los 11 días del mes diciembre de 2020.

**María Angélica Pacheco Chica**
Secretaria General

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

## GLORIA NANCY SAMBONI

C.C. Nº. 66999515 de Cali

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

## ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 11 de Diciembre de 2020

Rector

Secretaria General

Decano

Tomo 13 · Folio 50 · Registro 76897 · Acta No. 915 · Fecha 11 de Diciembre de 2020 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-028874

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

52 2444/2009 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

GLORIA NANCY SAMBONI

C.C. o C.E. De

C 66999515 CALI

Institución de Educación Ciudad

UNICOOP. D COL PASTO

Código 62554/52 Fecha de Expedición 12/04/2010

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



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

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO
GRUPO DE CONTRATOS

**Nro. GS-2026-** 047311 **/ AREAD – GRUCO – 20.1**

Mocoa, 10 de junio de 2026

El suscrito Mayor **JAVIER RICARDO SOLER PEÑA** Jefe Administrativo del Departamento de Policía Putumayo (E), unidad que se encuentra identificada con Nit. Nro. **800.141.203-5**, hace constar que verificado el Sistema electrónico para la Contratación Pública – SECOP II, la señora **GLORIA NANCY SAMBONI**, identificada con Cedula de Ciudadanía No. C.C.66.999.515 expedida en Cali (Valle) ha ejecutado y viene ejecutando los siguientes contratos, así:

**1.- CONTRATO** No. **34-7-20032-23**, Cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN (1) MÉDICO(A) PARA REALIZAR VALORACIONES MÉDICAS Y APOYAR LA GESTIÓN EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE ASPIRANTES DEL GRUPO DE INCORPORACIÓN PUTUMAYO EN LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS, CONFORME A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN EL PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE PERSONAL DE LA POLICÍA NACIONAL."**

Especificaciones del contrato:

**Valor total del Contrato**: **VEINTISÉIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON SESENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($26.355.873,60), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY**.

Plazo de Ejecución:

**Fecha de Inicio**: diciembre 26 de 2023
**Fecha de Terminación**: julio 31 de 2024
**Estado del Contrato**: se encuentra ejecutado

**2.- CONTRATO** No. **34-7-20015-24**, Cuyo objeto es **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN COMO MEDICO GENERAL PARA EL GRUPO DE INCORPORACIÓN PUTUMAYO Y/O DONDE LAS NECESIDADES DE LA REGIONAL DE INCORPORACIÓN No 2 LO REQUIERA."**

Especificaciones del contrato:

**Valor total del Contrato**: **CINCUENTA MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($50.834.784,00), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY.**

Plazo de Ejecución

**Fecha de Inicio**: agosto 5 de 2024
**Fecha de Terminación**: junio 26 de 2025
**Estado del Contrato**: Ejecutado.

**3.- CONTRATO** No. **34-7-20019-25**, Cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN (1) MÉDICO(A) PARA REALIZAR VALORACIONES MÉDICAS Y APOYAR LA GESTIÓN EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE ASPIRANTES DEL GRUPO DE INCORPORACIÓN PUTUMAYO EN LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS, CONFORME A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN EL PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE PERSONAL DE LA POLICÍA NACIONAL.**"

Especificaciones del contrato:

**Valor total del Contrato**: **CINCUENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DIECISÉIS PESOS MONEDA CORRIENTE LEGAL ($59.675.616,00), INCLUIDOS IMPUESTOS DE LEY**.

Plazo de Ejecución

**Fecha de Inicio**: julio 15 de 2025
**Fecha de Terminación**: julio 31 de 2026
**Estado del Contrato**: En ejecución.

**ACTIVIDADES PROGRAMADAS**

| ACTIVIDADES ASISTENCIALES | ACTIVIDAD ESPECIFICA | HORAS SEMANA | CANTIDAD POR MES | ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA |
|---|---|---|---|---|
| 1. Efectuar valoraciones Medicas al personal de aspirantes a ingresar a la Policía Nacional y que se presentan en el grupo de Incorporación Putumayo.<br>2. Brindar una atención amable y oportuna a los aspirantes a ingresar a la Policía Nacional.<br>3. Diligenciar los formatos de la valoración médica de cada aspirante a oficial, patrullero y auxiliares de policía, cada uno de los expedientes de los aspirantes, registrando las valoraciones y conceptos de acuerdo al Protocolo de Selección del Talento Humano para la Policía Nacional.<br>4. Insertar la Información en el sistema de Información (SINCO) de cada uno de los aspirantes de los procesos de selección de incorporación para Oficial, Patrullero, Auxiliar de Policía Bachiller y Auxiliar de Policía.<br>5. Presentar reportes mensuales de las valoraciones realizadas y sistematizar | **06** | **33** | **143** | **MÉDICO GENERAL** |

| ACTIVIDADES ASISTENCIALES | ACTIVIDAD ESPECIFICA | HORAS SEMANA | CANTIDAD POR MES | ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA |
|---|---|---|---|---|
| las valoraciones en el aplicativo, SINCO.<br>6. Ejercer los controles establecidos para evitar casos de suplantación por parte de los aspirantes.<br>7. Mantener una comunicación permanente con la Jefatura del grupo de Incorporación Putumayo.<br>8. Realizar la valoración médica en forma individual, completa y detallada teniendo en cuenta la normatividad vigente, referente a la aptitud y no aptitud.<br>9. Garantizar que el aspirante cumpla con los requisitos de ingreso.<br>10. Cumplir con el cronograma de actividades elaborado al inicio de la convocatoria.<br>11. Asistir a reuniones de trabajo, comités, juntas y demás eventos cuando sea convocado y las actividades administrativas lo permitan.<br>12. Revisar el diligenciamiento del formato consignando las anomalías encontradas en el formato correspondiente, a la valoración, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el protocolo de selección e incorporación.<br>13. Efectuar una explicación breve y clara sobre el desarrollo de la valoración médica informándole lo relacionado con la normatividad vigente referente a la aptitud o no aptitud.<br>14. Verificar que en el expediente del aspirante estén consignados los antecedentes descritos, con el fin de poder indagar sobre lo consignado en el formato.<br>15. Diligenciar el formato de la valoración respectiva de acuerdo a los datos e información suministrada por el | | | | |

| ACTIVIDADES ASISTENCIALES | ACTIVIDAD ESPECIFICA | HORAS SEMANA | CANTIDAD POR MES | ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA |
|---|---|---|---|---|
| aspirante, siguiendo, los parámetros establecidos en el protocolo de selección e incorporación.<br>16. Registrar en el sistema de información de incorporación SINCO el resultado de la valoración en el campo asignado para esto.<br>17. Entregar al término de la labor los expedientes al responsable de éstos.<br>18. Diligenciar la planilla de actividades diarias y reportar el número de aspirantes que se valoraron.<br>19. Entregar la información requerida por el responsable seguimiento desarrollo de convocatorias, sobre la ejecución de la valoración para la elaboración de los informes de gestión.<br>20. Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente.<br>21. Ejercer control a los mecanismos que permitan prevenir actos que atenten contra la imagen institucional.<br>22. Brindar al usuario la información suficiente sobre la valoración, que satisfaga sus necesidades en un marco de cordialidad y respeto.<br>23. El professional debe prestar sus servicios de salud como médico general, utilizando en todo momento los elementos de protección personal.<br>24. La profesional se caracterizará por la buena presentación personal en la prestación del servicio.<br>25. Participar en las capacitaciones virtuales programadas por la Dirección de Sanidad, Unidad Prestadora de Salud Putumayo y/o Dirección de Incorporación, respondiendo los talleres y/o evaluaciones y participando en los chats virtuales diseñados para tal fin, participar y | | | | |

| ACTIVIDADES ASISTENCIALES | ACTIVIDAD ESPECIFICA | HORAS SEMANA | CANTIDAD POR MES | ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA |
|---|---|---|---|---|
| asistir a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto.<br>26. Informar al supervisor inmediato sobre el desarrollo de sus actividades y novedades que se presenten.<br>27. Apoyo en cualquier servicio que exista la necesidad de acuerdo a su profesión.<br>28. Mantener buenas relaciones interpersonales con el grupo de profesionales, con sus compañeros y cliente externo.<br>29. Responder por la seguridad, conservación y aseo de los equipos asignados.<br>30. Mantener el orden y organización del área de trabajo y demás dependencias del servicio durante toda jornada laboral.<br>31. Informar oportunamente al supervisor inmediato cualquier novedad en el desarrollo de sus actividades como modificación de la agenda, ausencia transitoria del trabajo, según la modalidad y vinculación laboral, los cuales deben tener el visto bueno correspondiente.<br>32. Mantener la debida reserva a comentarios que se emitan durante la consulta, actividades o procedimientos que realice.<br>33. El servicio debe ser proporcionado bajo responsabilidad del prestador contratado, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado por el ministerio de la protección social, en el decreto 1011 del 2.006; resolución 2003 del 2.014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos | | | | |

| ACTIVIDADES ASISTENCIALES | ACTIVIDAD ESPECIFICA | HORAS SEMANA | CANTIDAD POR MES | ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA |
|---|---|---|---|---|
| pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de auditores del área sanidad putumayo incluyendo la atención de los eventos adversos generados durante el manejo del paciente entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado de la atención en salud y no de la enfermedad misma del paciente, situación que correrá por cuenta del contratista.<br>34. Participar en la gestión documental del proceso a cargo.<br>35. Prestar en forma oportuna los servicios ofertados y según horario de atención estipulado, el cual debe ser bajo los principios de eficacia, calidad, oportunidad, universalidad y solidaridad, por 6 horas diarias por un tiempo no inferior a 33 horas semanales y 143 al mes, según Resolución 193 del 14/05/2024. Estas horas deben ser prestadas de acuerdo a las necesidades de la UPRES PUTUMAYO (días hábiles y horario hábil).<br>36. Entregar macroagenda debidamente diligenciada los 17 de cada mes por un tiempo de dos meses al Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo y Jefe del grupo de incorporación Putumayo.<br>37. Presentar la cuenta de cobro correspondiente al mes causado, los veinticinco (25) días de cada mes, al supervisor del contrato del grupo de Incorporación en los formatos establecidos por la unidad, anexando la planilla de pago de los aportes al sistema general de seguridad social con copia del desprendible de pago.<br>38. Si en el momento de no continuar laborando para el grupo de Incorporación Putumayo, hará entrega | | | | |

| ACTIVIDADES ASISTENCIALES | ACTIVIDAD ESPECIFICA | HORAS SEMANA | CANTIDAD POR MES | ENUNCIE SI LA ACTIVIDAD HACE PARTE DE ALGÚN PROGRAMA O ACTIVIDAD ESPECÍFICA |
|---|---|---|---|---|
| de los bienes inventariados mediante formato establecido y entrega del proceso, mediante acta a quien designe el jefe.<br>39. Realizar el proceso de archivo de gestión dando aplicación a la ley general de archivo, de toda la documentación generada y puesta a su cargo. Es de anotar que se debe organizar por año la documentación en físico, en caso de entrega del proceso se debe entregar el archivo organizado y cumplimiento con la ley general de archivo.<br>40. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen.<br>41. Las demás que le sean asignadas de acuerdo con la ley, los reglamentos o la naturaleza de su cargo. | | | | |

**Mayor JAVIER RICARDO SOLER PEÑA**
Jefe Administrativo del Departamento de Policía Putumayo (E)

Elaborado por: TEA18 Maribeth Homen M.(Analista Contratos)
Revisado por: SI. Gustavo Alejandro Avila Trujillo. (Jefe Contratos) (E)

Fecha de elaboración: 10/06/2026
Ubicación D:\CERTIFICACIONES 2026

Carrera 8 calle 8 esquina Barrio Centro
Teléfonos: 4295570
Depuy.ofcon@.policia.gov.co
www.policia.gov.co

**INFORMACIÓN PUBLICA**

**EL REPRESENTANTE LEGAL DE SOLUCIONES INTEGRALES DE TRANSITO - CERTIFICAMOS SAS**

**CERTIFICA**

Que entre **SOLUCIONES INTEGRALES DE TRANSITO - CERTIFICAMOS SAS** con Nit No. 900.541.238-1 y la contratista GLORIA NANCY SAMBONI, identificada con cedula de ciudadanía No.66.999.515 de Cali, se han suscrito contratos de prestación de servicios, los cuales han tenido por objeto:

*"Prestar sus servicios profesionales como médico evaluador de forma responsable y competente, requisito indispensable para la obtención de la licencia de conducción en cumplimiento de lo ordenado por la resolución No 0217 del 31 enero 2014 y resolución No 5228 del 14 de diciembre de 2016".*

*La contratista tiene una duración de un año ((1) once meses (11) y 15 días vinculada desde el quince de abril (15) de abril del 2021 hasta diciembre 2022 y enero, mayo y junio del 2023*

***Este certificado es solicitado por el interesado.***

Se firmada en la ciudad de Mocoa - Putumayo, 8 de noviembre 2023

Cielo Amparo Herrera

**CIELO AMPARO HERRERA EGAS.**
C.C. 69009405 de Mocoa. (P).
Administradora

***Documento: ADMON - CL-197-2017***

*Villa garzón 20 de noviembre de 2017*

***EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO S.A.S. NIT: 900.423.816-3***

***HACE CONSTAR:***

*Que,* ***GLORIA NANCY SAMBONI****, identificada con cedula de ciudadanía No.* ***66.999.515 DE CALI****, Trabajo en* ***SAN JOSE IPS PUTUMAYO S.A.S.,*** *laboro como Medico General, Con un contrato laboral por prestación de Servicios desde el 01/10/2015 hasta 30/05/2017* con la asignación mensual de Cuatro millones de pesos ($ 4.000.000).

*Tiempo en el que ha demostrado responsabilidad y cumplimiento en el ejercicio de sus funciones y manejo de buenas relaciones internas.*

*Para constancia se firma en el minicipio de villagarzon el 20 de Noviembre de 2017.*

*Cordialmente.*

*PABLO FAVIAN GOMEZ BENITEZ*
*Representante Legal*
*SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO S.A.S.*

VIGILADO Supersalud

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141190663190

(415)7707212489984(8020) 000014119066319 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 6 9 9 9 5 1 5 | 9 | Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SAMBONI | | GLORIA | NANCY |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Nariño 5 2 | Pasto 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 18 B 44 A 79 BRR PANDIACO

42. Correo electrónico nancy-s7@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 3 4 2 4 0 6 9 | 3 1 1 3 7 1 0 6 0 6 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 SAMBONI GLORIA NANCY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA<br>CC 12754980<br>RM11556/16<br>LICENCIA 067/18 | VERSION | 1 |
|---|---|---|---|
| | | VIGENCIA | ENERO DE 2019 |
| | | CODIGO | F- GC- 203 |
| | | PAGINA | 1 DE 1 |

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONSECUTIVO: 407

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CIUDAD: | MOCOA | FECHA EXP: | 28/07/2026 | FECHA VENC | 27/07/2029 |
| NOMBRE: | GLORIA NANCY SAMBONI | CEDULA | 66999515 | | |
| EMPRESA: | INCORPORACIÓN PONAL | CARGO: | MÉDICO GENERAL | | |

TIPO DE EXAMEN: (●) INGRESO ( ) PERIODICO ( ) RETIRO ( ) REINTEGRO

## EXAMEN PARACLINICO

| | | Normal | Anormal | | | Normal | Anormal | | | Normal | Anormal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Examen Fisico | ☑ | ☐ | 9 | Triglicéridos | ☐ | ☐ | 17 | Frotis faríngeo | ☐ | ☐ |
| 2 | Optometria | ☐ | ☐ | 10 | Hdl, ldl, Vldl | ☐ | ☐ | 18 | Bun | ☐ | ☐ |
| 3 | Audiometria | ☐ | ☐ | 11 | Parcial de Orina | ☐ | ☐ | 19 | Creatinina | ☐ | ☐ |
| 4 | Espirómetro | ☐ | ☐ | 12 | Transaminasas | ☐ | ☐ | 20 | VDRL | ☐ | ☐ |
| 5 | Psicologia | ☐ | ☐ | 13 | Cuadro Hematico | ☐ | ☐ | 21 | Electrocardiograma | ☐ | ☐ |
| 6 | Prueba multidroga | ☐ | ☐ | 14 | Parcial de Orina | ☐ | ☐ | 22 | Rx de tórax | ☐ | ☐ |
| 7 | Glicemia | ☐ | ☐ | 15 | Coprologico | ☐ | ☐ | 23 | Rx de colmuna | ☐ | ☐ |
| 8 | | ☐ | ☐ | 16 | | ☐ | ☐ | 24 | | ☐ | ☐ |

## APTITUD OCUPACIONAL (INGRESO)

| | |
|---|---|
| El examen médico no presenta defectos ni patologías | ☑ |
| Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral | ☐ |
| Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo | ☐ |
| Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar | ☐ |

***Observaciones:*** *no se observa compromiso cardiovascular, hábitos de vida saludables, uso de protección solar, hidratarse, realizar pausas activas, evitar movimientos vibratorios repetitivos, CONTINUAR MANEJO CON ESPECIALISTA USO DE CORRECION OPTICA*

## APTITUD OCUPACIONAL (PERIODICO)

| | |
|---|---|
| Examen médico satisfactorio, puede seguir desempeñando sus labores | ☐ |
| Al examen médico presenta enfermedades pero no es limitante para seguir desempeñando sus labores | ☐ |
| Fundamento de la remisión: | ☐ |

Al examen médico presenta enfermedades que requieren remisión a la: EPS ☐ ARL ☐

*Fundamento de la remisión:*

*Presenta restriciones: cuales*

## APTITUD OCUPACIONAL (RETIRO)

| | |
|---|---|
| Al examen médico no se encuentran alteraciones que limitan su capacidad laboral | ☐ |
| Al examen médico se encuentran alteraciones que impiden su desempeño en un nuevo trabajo | ☐ |

Al examen médico presenta enfermedades que requieren remisión a la: EPS ☐ ARL ☐

*Fundamento de la remisión:*

*Presenta restriciones: cuales*

## CONCEPTO

| | |
|---|---|
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE | ☑ |
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR | ☐ |
| APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR | ☐ |
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | ☐ |
| APTO PARA LABOR EN ALTURAS | ☐ |
| APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR | ☐ |
| EXAMEN DE RETIRO | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD PROFESIONAL | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO | SI ☐ | NO ☑ |

## INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (PVE)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PVE Osteomuscular | ☑ | PVE Osteomuscular | ☑ | PVE Auditivo | ☐ | PVE Cardiovascular | ☐ PVE Visual ☑ |
| PVE Radiaciones | ☐ | PVE Radiaciones | ☐ | PVE Psicosocial | ☐ | PVE Biológico | ☐ PVE Químico ☐ |
| PVE Respiratorio | ☐ | PVE Respiratorio | ☐ | PVE metabólico | ☐ | PVE otro cual: | |

## CONCEPTO

**APTO SIN ALTRERACIONES**

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Resolucion No 067 de 2019

**Firma Medico**

Firma Paciente

**CELULAR: 3202316200 CORREO: certificadoswilliamdavidportil@gmail.com**

# POLICIA NACIONAL
# DIRECCION DE SANIDAD

## MANIFESTACION DE INTENCION DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE

**CONTRATISTA** Gloria Nancy Samboni

**PROFESION** Medico General

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 282 de la Ley 100 de 1993, artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 y Ley 828 de 2003, me permito manifestar que me encuentro afiliado(a), y girando los aportes correspondientes a las siguientes Entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondo de Pensiones, en mi condición de Trabajador(a) Independiente, sin tener vínculo laboral alguno con la DIRECCIÓN DE SANIDAD – DEPARTAMENTO DE POLICIA HUILA:

E.P.S: (obligatorio) Nueva E.P.S

A.F.P. (obligatorio) Colpensiones

De igual manera, atendiendo a la sentencia C-537 de 2023, inexiquibilidad de la obligación de todas las entidades y corporaciones públicas de afiliarse de la administradora de riesgos laborales de carácter público, nos permitimos por favor nos manifieste de manera voluntaria a la Administradora de Riesgos Profesionales que va a realizar la afiliación correspondiente:

A.R.P. (voluntario) Positiva

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P., determinado por la Superintendencia Bancaria, (En caso afirmativo debe anexar copia del presente documento y del contrato respectivo, que se llegare a realizar).

En consecuencia me comprometo como Contratista Independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes, en las proporciones de Ley, en caso de incurrir en mora o aporte parcial autorizo desde ya a la POLICIA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD para que descuente de los honorarios que se me adeuden y sea girado a las Entidades respectivas, el valor correspondiente.

Atentamente, FECHA

FIRMA 66999515 IDENTIFICACION DE cali-valle

Correo Electrónico: deuil.rases-sel@policia.gov.co
Carrera 22 Sur No.26 A-21 Barrio Fronteras de Milenio Teléfono 8630065 Extensión 6421

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Gloria Nancy Samboni Identificado con la cedula de ciudadanía No. 66999515, con domicilio en Mocoa - putumayo, de la empresa Policia Nacional, cargo Responsable Valoracion Medica en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato X convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

**CONFIDENCIALIDAD**

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.**

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

**ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en _____, a los _____ (__) días del mes de _____ del año 20_____.

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma: _____
Post-Firma: Gloria Nancy Sambon
Identificación 66999515
Empresa: Policía Nacional
Cargo: Responsable Valoracion Medica

# CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Gloria Nancy Samboni, identificada como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Gloria Nancy Samboni

Documento de Identidad: 66 999 515

## LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

| Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas | Objeto del contrato | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Valor | Contratista (singular o plural) | Contratante (sector público o privado) | Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Prestación de servicio profesionales y apoyo a la gestión como medico general para la unidad prestadora de salud putumayo | 01/10/2018 | 10/07/2019 | 24.577.837 | Policía Nacional | Publico | Yuli Marcela Benavides |
| | Prestación de servicio profesionales y apoyo a la gestión como médico general para la unidad prestadora de salud putumayo | 23/06/2020 | 17/03/2021 | 38.897.840.27 | Policía Nacional | Publico | Yuli Marcela Benavides |
| | Prestar sus servicios profesionales como MEDICO EVALUADOR de manera independiente, sin que exista subordinación laboral alguna para realizar las labores administrativas y operativas que conlleve a la evaluación a particulares sobre su capacidad física, mental y de coordinación motriz, requisito indispensable para la atención de la licencia de conducción. | 02/05/2023 | 31/12/2023 | 17.600.000 | Certificamos | privado | William Zambrano Chavez |
| | Prestación de servicio profesionales y apoyo a la gestión como médico para la unidad prestadora de salud putumayo en apoyo al Grupo de Incorporación Putumayo, por un termino estrictamente necesario | 26/12/2023 | 31/07/2024 | 26.355.873.6 | Policía Nacional | Publico | Jhovany Chávez Rosero |
| | Prestación de servicio profesionales y apoyo a la gestión como médico general para el grupo de incorporación Putumayo | 05/08/2024 | 26/06/2025 | 50.834.784 | Policía Nacional | Publico | Maritza Vela Guepud |
| | Prestación de servicio profesionales de un médico para realizar valoraciones médicas y apoyar a la gestión en los procesos de selección de aspirantes del grupo de incorporación putumayo en las diferentes convocatorias, conforme a los parámetros establecidos en el protocolo de selección de personal de la policía nacional. | 15/07/2025 | 31/07/2026 | 59.675.616 | Policía Nacional | Publico | Diego Fernando Herrera |

Revive
Entrenamiento Médico Integral

# CERTIFICADO

**Otorgado a:**

***GLORIA NANCY SAMBONI***

*CC - 66999515*

Por haber aprobado satisfactoriamente el **Código Fucsia Atención a víctimas de la violencia sexual y d** **genero**, realizado en modalidad teórico práctica bajo la metodología Mastery Learning, para un total de 4 **horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos **(2) años** según la resolución **3100** de **2019**.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el **17 de julio del 2026**

Sebastián Alba Ospina, MD, MBA, MSc Gerencia Estratégica
Director General Revive Entrenamiento Médico Integral.

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

# CONSTANCIA

FOLIO : E5F832E7 -12E1 -43C8 -B1E4 -E0FD6132A3F7

PARA ACREDITAR QUE

# GLORIA NANCY SAMBONI .

CURSA

# Introducción a Primer Respondiente

PRESENTANDO A LA FECHA UN AVANCE DE 84% Y UN PUNTAJE DE 8.45.

FECHA Y HORA DE INSCRIPCIÓN : 28 JUL. 2026 - 09:21 P. M.

Para verificar la autenticidad de este documento escanea el código QR o dirígete a:
https://capacitateparaelempleo.org/verifica/a7b7e5a8-a459-4c1d-891e-a04d345e5bb3/e5f832e7-12e1-43c8-b1e4-e0fd6132a3f7

Revive
Entrenamiento Médico Integral

# CERTIFICADO

**Otorgado a:**

***GLORIA NANCY SAMBONI***

*CC - 66999515*

Por haber aprobado satisfactoriamente el **Curso Soporte Vital Avanzado ACLS**, realizado en modalidad teórico práctica bajo la metodología Mastery Learning, para un total de **48 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos **(2) años** según la resolución **3100** de **2019**.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el **29 de julio del 2026**

Sebastián Alba Ospina, MD, MBA, MSc Gerencia Estratégica
Director General Revive Entrenamiento Médico Integral.

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Revive
Entrenamiento Médico Integral

# CERTIFICADO

**Otorgado a:**

***GLORIA NANCY SAMBONI***

*CC - 66999515*

Por haber aprobado satisfactoriamente el **Curso Soporte Vital Básico (BLS)**, realizado en modalidad teóric práctica bajo la metodología Mastery Learning, para un total de **24 horas** de educación continua. Est certificación es válida por dos **(2) años** según la resolución **3100** de **2019**.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el **28 de julio del 2026**

Sebastián Alba Ospina, MD, MBA, MSc Gerencia Estratégica
Director General Revive Entrenamiento Médico Integral.

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

INNOVASALUD

Profesionales más capacitados, pacientes más seguros.

**NIT 901.871.825**

# CERTIFICA QUE

## GLORIA NANCY SAMBONI

**IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 66999515**

**Asistió al Curso Básico**

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)**

**Con una intensidad horaria de 45 horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

**ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 30 de JULIO del 2027**

**DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO [illegible] EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C6699951500325724**
**Codigo de verificacion**

**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) **GLORIA NANCY SAMBONI**, identificado(a) con C.C. No. 66999515 y T.P. o R.M. No. 66999515 del(a) Colegio Médico Colombiano, 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 miércoles 03 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
"Gobierno de la Unidad Putumayense"
Secretaria de Salud

Te llevo en mi Putumayo

## LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

## C E R T I F I C A

Que **GLORIA NANCY SAMBONI,** identificada con la cedula de ciudadanía numero 66.999.515 expedida en Cali, se encuentra **inscrita** en el libro de profesionales de la Rama de la Salud, de esta Institución como **MEDICA** egresada de la Universidad Cooperativa de Colombia, titulo otorgado en la ciudad de Pasto Nariño, correspondiente al libro de inscripción No. 01, Profesionales área de la Salud.

Que mediante registro No. (2444) del 23 octubre de 2009, expedida por el Instituto Departamental de Salud de Nariño la autoriza para ejercer su profesión.

Se firma en Mocoa a los veinticuatro (24) días del mes de octubre de 2011.

**FAIRUZ MUSTAFA GAVIRIA**




Proyecto: Felipe Pantoja

*Mocoa - Putumayo* -Carrera 4 No 8-26 Barrio José María Hernández – Mocoa Putumayo
Teléfonos: 098 4296008 -4296071 Fax : 4296306 -4200282
WWW. saludputumayo.gov.co

INNOVASALUD

Profesionales más capacitados, pacientes más seguros.

**NIT 901.871.825**

# CERTIFICA QUE

## GLORIA NANCY SAMBONI

**IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 66999515**

**Asistió al Curso Básico**

**HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)**

**Con una intensidad horaria de 45 horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

**ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 28 de JULIO del 2027**

**DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**

# CRUZ ROJA COLOMBIANA

**Seccional Nariño**

**CARNET INDIVIDUAL DE VACUNACION**

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria N Samboni

NOMBRE DE LA MADRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 03 MES: 03 AÑO: 77

PESO AL NACER: _____ TALLA AL NACER: _____

DIRECCIÓN Cll c19 B 11 44A 79 B/Pandiaco

| TIPO BIOLOGICO | DOSIS APLICADAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | UNICA | | 1a | 2a | 3a | R1 | R2 |
| B.C.G. | | | | | | | |
| D.P.T. | | | | | | | |
| POLIO | | | | | | | |
| DOSIS ADICIONAL | RN | | | | | | |
| TRIPLE VIRAL | | | | | | | |
| HEPATITIS B | RN | | | | | | |
| HAEMOPHILUS | | | | | | | |
| PENTAVALENTE | | | | | | | |
| FIEBRE AMARILLA | | | | | | | |
| TOXOIDE TETANICO TETAVAX | 1a | 2a | 3a | | 4a | 5a | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 24 MAYO 2021 | Pfizer | EW0195 | HJMH | [illegible] | 1. [illegible] |
| | 2 | 19 JUN 2021 | Vacuna Pfizer | FA5843 | ESE HJMH. | [illegible] | 1.117024114 |
| | RF | 27 DICIE 2021 | Astrazeneca | NN0224 | HJMH | [illegible] | 1114856477 |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 08681781-d6a3-4add-bfe5-f5a636dbe4c8

Nombres y apellidos / Full name: **GLORIA NANCY SAMBONI**

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

Número de identificación / ID Number: **6 6 9 9 9 5 1 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **20/03/1977**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3123424069**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 01 | 11 | 2018 | | V50218009 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ | LIZETH CALDERON |
| COVID PFIZER | Primera | 29 | 05 | 2021 | PFIZER | EW0195 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ | NURY LEIDI CASTILLO MOSQUERA |
| COVID PFIZER | Segunda | 19 | 06 | 2021 | PFIZER | FA5843 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ | KELLY MUCHAVISOY |
| COVID ASTRAZENECA | Primer Refuerzo | 27 | 12 | 2021 | Oxford-AstraZeneca | NN0224 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ | ELVIA ROSA VASQUEZ GUZMAN |
| Fiebre Amarilla | Única | 17 | 01 | 2023 | Sanofi Pasteur | V3C08 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ | JANNITTZZA MAYERLIN ACOSTA ROBLES |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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