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
Martinez	Villalba	Nelly Daniela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1193234075	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 03 MES 06 AÑO 2003	CHIMBI			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	MELGAR		
MUNICIPIO	MELGAR	TELÉFONO	3115250783	EMAIL	nellydanniela77@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2019

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	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2019	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD IPS MAS SALUD SAS			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3115250783	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	01	Mes	06	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 109 48 76 SUR aparco					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

Nelly D. Martinez V.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-09-02 15:17

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NELLY	DANIELA	MARTINEZ	VILLALBA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1193234075

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	MELGAR

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	MELGAR

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

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

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$15.254.789,00
Cesantías e intereses de cesantías	$438.521,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$15.693.310,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NINGUNO	COLOMBIA	TOLIMA	MELGAR	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTISALUD
NIT: 901760895-3

CERTIFICA QUE:

NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°1193234075

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO SOPORTE VITAL (BSL)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 10/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez:

ROSABEL PARRADO
GERENTE
CC 39.618.244

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/ RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTISALUD
NIT: 901760895-3

CERTIFICA QUE:

NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°1193234075

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 10/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL. ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez:

ROSABEL PARRADO
GERENTE
CC 39.618.244

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/ RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTISALUD
NIT: 901760895-3

CERTIFICA QUE:

NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°1193234075

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 10/08/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez:

ROSABEL PARRADO
GERENTE
CC 39.618.244

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL/ RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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, Nelly Daniela Martinez Villalba

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1193234075 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Tolima	Melgar

Dirección	Teléfonos
Cra 30 N 1237	3115250783

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Geovanny Martinez Villamil	80083412	Padre
Yisel Johana Villalba Garzon	65823871	Madre
Juan Sebastian Martinez Villalba	1105840334	Hermano

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	15254789
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	438.521
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 15684310

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
Banco Davivienda	Ahorros	055048044699141	IBAGUE	3200

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
No aplica	No aplica	Noaplica

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
Ninguna	Ninguna	0.

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
Ninguna	Ninguna

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
Ninguna	Ninguna

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
Ninguna	Ninguna

3. FIRMA

Nelly D. Martinez V.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

02/09/2026 Girardot
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MELGAR, **31/08/2026**
TOLIMA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1193234075**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488446993641**
Fecha de apertura	**15/08/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.234.075
MARTINEZ VILLALBA
APELLIDOS
NELLY DANIELA
NOMBRES

Nelly D. Martinez V
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-2003
MELGAR
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

09-JUN-2021 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2907900-01245220-F-1193234075-20210715 0074957022A 1 53800426

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No A11974 del día 13 del mes de Abril del año 2020
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA Identificado(a) con Tarjeta de identidad número 1193234075, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS FORMATES, el día 2019-12-07, con el acta 4331, registrado en el libro 9, Folio 34, año 2019.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA identificado(a) con Tarjeta de identidad número 1193234075, para ejercer la profesión/ocupación de AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA identificado(a) con Tarjeta de identidad número 1193234075, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA , identificado(a) con Tarjeta de identidad número 1193234075, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 13 días del mes de Abril del año 2020

Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E).
Código de verificación: zLltIlkF6R

La República de Colombia
El Departamento del Tolima
y en su nombre la

Institución Educativa Técnica
Sumapaz

Melgar - Tolima

Reconocida por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima,
Resolución No. 0216 del 24 de Enero del 2017.

Confiere a:

Nelly Daniela Martínez Villalba

Identificado (a) con T.I. No. 1.193.234.075 de Melgar - Tolima

El Título de

Bachiller Técnico Énfasis en Hotelería y Turismo
Especialidad A y B

Por haber culminado satisfactoriamente el nivel de Educación Media Técnica
concluido y aprobado el plan de estudios, alcanzados los objetivos de formación y cumplido
con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional.

Esp. Ricardo Elías Morales Rodríguez
CC No 5.933.845 de Icononzo - Tolima
Rector

INSTITUCION EDUCATIVA TÉCNICA SUMAPAZ
MELGAR-TOLIMA

Jaime Augusto Salgado Daza
CC No 12.110.900 de Neiva - Huila
Secretario

Acta General de Graduación No. 194 Folio 194
Dado en Melgar - Tolima, a los 12 días del mes de Diciembre de 2019.

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Nit: 800.029.382.-7 Inscripción Secretaría de Educación: 133019
Dane: 17344900732 Jornada Mañana

Institución Educativa Técnica Sumapaz

Melgar - Tolima
Km 3 via Carmen de Apicalá Tel. 2455015

En Melgar Tolima, a los 12 días del mes de diciembre del año 2019, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario habilitado, en el auditorio principal de la Sede Sumapaz Campestre; Institución reconocida por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, para otorgar el título de Bachiller Técnico, Especialidades Hotelería y Turismo, según Resolución No 0216 del 24 de enero de 2017.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el titulo de:

BACHILLER TÉCNICO ÉNFASIS EN HOTELERÍA Y TURISMO
ESPECIALIDAD A Y B

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación.

Nelly Daniela Martínez Villalba
T.I No. 1.193.234.075 de Melgar - Tolima

Es fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Grado, Folio Nº 194, Acta No 194 del 12 de diciembre del año 2019, que consta de 28 alumnos graduados.

Dada en Melgar Tolima, a los 12 días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve (2019).

FIRMADA Y SELLADA

ESP. RICARDO ELIAS MORALES RODRIGUEZ
C.C 5.933.845 de Icononzo
Rector

JAIME AUGUSTO SALGADO DAZA
C.C 12.110.900 de Neiva
Secretario

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS
"FORMATES"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 900071364-4 Acuerdo 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 enero de 2011, 0102 del 16 de junio de 2011, 00357 del 12 diciembre de 2016. 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social, Resoluciones 110110 del 8 de mayo de 2017, 110155 del 11 de julio de 2011, 110483 del 26 de diciembre de 2017 emitidas por la Secretaria de Educación Localidad 11 de suba.

Confiere a:

Nelly Daniela Martinez Villalba

IDENTIFICADO (A) CON T.I. No. 1193234075 DE Melgar

El
Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente

Intensidad 1800 Horas

FORMATES

FORMATES

BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL

FORMATES

LIC. CAMILO A. MONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A LOS 07 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2019

ANOTADO EN EL FOLIO 34 DEL LIBRO 9 DEL REGISTRO DE FORMATES

ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS "FORMATÉS"

NIT: 900071364-4 Acuerdo 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 enero de 2011, 0102 del 16 de junio de 2011, 00357 del 12 diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social. Resoluciones 110110 del 8 de mayo de 2017, 110155 del 11 de julio de 2011, 110483 del 26 de diciembre de 2017 emitidas por la Secretaria de Educación Localidad 11 de suba. " Educación para el trabajo y Desarrollo Humano"

ACTA DE CERTIFICACIÓN

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 4331 ACTA GENERAL No. 044

En la ciudad de Bogotá D.C., a los siete (07) días del mes de diciembre de 2019, se reunieron el Director Académico y la Representante Legal, en el aula múltiple con el fin de formalizar: Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias Técnico Laboral en: **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** a: **Nelly Daniela Martinez Villalba,** Identificado(a) con la **T.I. No. 1193234075** de Melgar. Quien cursó y culminó satisfactoriamente, con una intensidad de 1800 Horas.

BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL

LIC.CAMILO A. MONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CONSULTORIOS MEDICOS DE GIRARDOT

Radicado N° 0674 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DIPER-DISAN-DMTOL-ESMGIRARDOT

Girardot – Cundinamarca, Septiembre de 2026

Señor Sargento Viceprimero
FABIAN ANTONIO MANOTAS QUINTERO
Suboficial de Seguridad Militar
Dispensario Médico de Tolema da
Nilo, Cundinamarca

Asunto: Entrega Oficio estudio de seguridad

Respetuosamente, me permito hacer entrega de un estudio de seguridad de los Consultorios Médicos de Girardot, para contratación del año 2026 así:

NOMBRES Y APELLIDOS	No. IDENTIFICACION	PROFESION	CORREO ELECTRONICO
Nelly Daniela Martínez Villalba	1.193.234.075	Auxiliar de Enfermera	Nellydanniela77@gmail.com

Agradezco su apoyo y gestión.

SMSM MARIA ISABEL ROJAS ANGARITA
Directora (E) Consultorios Médicos Girardot

ESMGIRARDOT

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES EJÉRCITO NACIONAL DEPARTAMENTO DE INTELIGENCIA Y CONTRAINTELIGENCIA	**FORMATO INFORMACIÓN PERSONAL INGRESO**	**Pág.** 1 de 7 **Código:** FO-JEMPP-CEDE2-769 **Versión:** 2 **Fecha de emisión:** 2020-03-11

Lugar y fecha: SEPTIEMBRE 2026

INSTRUCCIONES:

- Este formato debe diligenciarse en su totalidad de forma clara y legible por el aspirante.
- Una vez diligenciado y entregado, la información contenida en este formato estará amparada **BAJO RESERVA LEGAL** y tendrá el nivel de seguridad **RESTRINGIDO**.

Dependencia solicitante:
Enfermeria

Empleo o cargo al que aspira:
Auxiliar de enfermeria



Foto de frente

I. DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Martinez	Villalba	Nelly	Daniela.
Tipo y Número Documento Identidad	**Fecha y Lugar de Expedición**	**Pasaporte No.**	**Expedido en**
CC 1193234075	09/06/2021 Melgar	No aplica.	No aplica
Libreta Militar No.	**Clase**	**Distrito Militar No**	**Fecha de Expedición**
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Lugar de Nacimiento	**Día / Mes / Año**	**Estado Civil**	**Grupo Sanguíneo - RH**
Melgar, Tolima	03 / 06 / 2003	Soltera	B+
Profesión u Oficio	**Tarjeta Profesional No.**	**Nacionalidad**	**Estatura / Peso**
Aux. Enfermeria.	Resolucion 3030 de 2014	Colombiana	1,67 / 82.
Correo Electrónico 1		**Correo Electrónico 2**	
nellydanniela77@gmail.com		No aplica	
Redes Sociales			
Facebook	**Instagram**	**Twitter**	**Otras**
Nelly Daniela	@nellyd.martinez	No aplica	No aplica.
Numero Teléfono Celular		**Numero Teléfono fijo**	
3115250783		300.2456807.	

En caso de emergencia, informar a:	A los teléfonos (celulares y fijos)
Geovanny Martnez Villamil	3115253787 - 3115513787
Maria Nubia Santos Tafur	3107764856.



Dirección de Domicilio Actual	
Cra 30 N 12-37 Barrio Galan Melgar	
Barrio	Ciudad y Departamento
Galan	Melgar, Tolima

Residencia Anterior				
Desde	Hasta	Dirección	Teléfonos	Ciudad/País
0	0	No aplica	0	0

II. DATOS FAMILIARES

Nombre Esposa (o) y/ó compañera (o)	C.C. Nc.	Profesión u Oficio
No aplica	0	No aplica
Dirección	Números Celular y fijo	
No aplica	No aplica	
Correo Electronico 1	Correo Electrónico 2	
No aplica	No aplica	

Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

Hijos – Nombres y Apellidos	Edad	Tipo y Número Documento Identidad
No aplica	0	0
No aplica.	0	0
No aplica	0	0
No aplica	0	0

Datos del Padre (Nombres)	vive	Si	No	C.C. No.	Teléfonos
Geovanny Martinez Villamil		X		80083412	3115513787
Dirección de Residencia				Profesión u Oficio	
Cra 30 N 12 37				Supervisor de redes de energia	
Datos de la Madre (Nombres)	vive	Si	No	C.C. No.	Teléfonos
Yisel Jhoana Villalba G.		X		65823871	3242474561
Dirección de Residencia				Profesión u Oficio	
Manz E lote #1 Corzon parte Alta				Independiente	

INFORMACION DE LOS HERMANOS

Nombre y Apellidos (Hermano)	C.C. No.	Numero Celular - Fijo
Juan Sebastian Martinez Villalba	1105040334	3182736335
Dirección de Residencia	**Profesión u Oficio**	
Cra 30 N 1237 Galan	Estudiante Universitario	
Correo Electrónico 1	**Correo Electrónico 2**	
juans.Martinez@gmail.com	---	

Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
Juan Sebastian M	---	---	---

Nombre y Apellidos (Hermano)	C.C. No.	Numero Celular - Fijo
---	---	---
Dirección de Residencia	**Profesión u Oficio**	
---	---	
Correo Electrónico 1	**Correo Electrónico 2**	
---	---	

Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
---	---	---	---

Nombre y Apellidos (Hermano)	C.C. No.	Numero Celular - Fijo
---	---	---
Dirección de Residencia	**Profesión u Oficio**	
---	---	
Correo Electrónico 1	**Correo Electrónico 2**	
---	---	

Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
---	---	---	---

Nombre y Apellidos (Hermano)	C.C. No.	Numero Celular - Fijo
---	---	---
Dirección de Residencia	**Profesión u Oficio**	
---	---	
Correo Electrónico 1	**Correo Electrónico 2**	

Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
---	---	---	---

III. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Realizados	Año Finalización	Titulo Obtenido	Nombre de la Institución	Ciudad/País
Bachiller	2019	Bachiller Academico	I.E.T. Simaper	Melgar
Aux. Enfermeria	2019	Auxiliar de Enfermeria	Formates	Melgar
---	---	---	---	---
---	---	---	---	---
---	---	---	---	---
---	---	---	---	---

Idiomas extranjeros que domina (Habla, lee y escribe)		
Inglés Inglés		

IV. EXPERIENCIA LABORAL

Empresa		Dirección	
IPS mas salud.		Mz. 26 Casa 32 Jordan Segunda Etapa	
Cargo	Tiempo	Teléfonos Empresa (celular y fijo)	
Aux. Enfermeria	1 año.	3121045862	
Sueldo	Motivo de Retiro	Nombre Jefe Inmediato	Teléfonos
1'300.000	Terminación Contrato	Ricardo Salcedo.	3155204723
Dirección Pagina Web de la Empresa:		ipsmassalud@gmail.com	

Empresa		Dirección	
Leidy Katerine Garzon		Diagonal 41 Sur # 25 B 37 B/ingles	
Cargo	Tiempo	Teléfonos Empresa (celular y fijo)	
Aux. Enfermera.	6 meses.	3227066072.	
Sueldo	Motivo de Retiro	Nombre Jefe Inmediato	Teléfonos
1'200.000.	Cambio de vivienda	Leidy Katerine Garzon	3227066072
Dirección Pagina Web de la Empresa:			

V. REFERENCIAS PERSONALES (No familiares)

Nombres y Apellidos	Cédula	Ocupación
Cesar Augusto Guerrero Sanchez	1110537431	Asesor Comercial
Dirección de Residencia (Ciudad y Departamento)	Teléfonos (celular y fijo)	
calle 39 N612 Ibague Tolima	3138809791	
Nombres y Apellidos	Cédula	Ocupación
Maria Constanza Carranza Lozano	1106894386	Psicologa
Dirección de Residencia (Ciudad y Departamento)	Teléfonos (celular y fijo)	
Manzana E Casa 14 1ª de Enero Melgar.	3502368207	

Parientes o Amigos que trabajen en los Organismos de Seguridad del Estado o Entidades Públicas		
1. Nombres y Apellidos	Cédula	Cargo
No aplica	0	No aplica
Organismo Y/o Entidad	Teléfonos (celular y fijo)	
No aplica.	0.	
2. Nombres y Apellidos	Cédula	Cargo
No aplica.	0	No aplica
Organismo Y/o Entidad	Teléfonos (celular y fijo)	
No aplica.	0.	

VI. INFORMACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA DEL ASPIRANTE:

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año fueron:	
Concepto	Valor
Salarios y demás ingresos laborales	15254789
Cesantías e intereses de cesantías	438521
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos (cuales)	
Total	15'68A.310

Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y/o en el exterior son:				
Entidad financiera/País	Sede de la cuenta	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo
Banco Davivienda	M. elgar	Ahorros	055048884699641	3200

Bienes Patrimoniales		
Tipo de bien	Identificación del bien	Valor
No aplica	No aplica	0

Obligaciones crediticias		
Entidad	Valor	Concepto
Davivienda	4300.000	Tarjeta credito

Participación en organizaciones, corporaciones, sociedades, asociaciones, ONG´s u otros: En la actualidad participo como miembro de las siguientes organizaciones:	
Nombre organización	Calidad de miembro
No aplica	No aplica

Actividad económica privada del aspirante y su familia	
Empresa y/o Razón Social	Actividad que desarrolla
No aplica	No aplica

VII. VIAJES AL EXTERIOR

Fecha	País Visitado	Motivo	Tiempo de Permanencia
0	No aplica	No aplica	0.

Describa las actividades realizadas en el país o países visitados:

VIII. SE HA PRESENTADO O PERTENECIDO A ALGÚN ORGANISMO DE SEGURIDAD DEL ESTADO

Entidad	Cargo	Motivo del Retiro
No aplica	No aplica	No aplica

Conoce armas de fuego y/o material explosivo? SI ☐ NO ☒	
Cuales:	
Cuándo las conoció?:	
Cuáles ha manipulado?:	
Cuándo y dónde las manipuló?:	
En compañía de quién las manipuló?:	

Que concepto tiene usted sobre los grupos u organizaciones al margen de la ley?

Son grupos ilegales, no constituidos legalmente.

Tiene información que coloque en riesgo la seguridad, la defensa o soberania de la Nación: SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo y de manera voluntaria explique:

Tiene información sobre actos de corrupción relacionados con la Institución SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo y de manera voluntaria explique:

IX. OTROS DATOS

¿Por quién tuvo conocimiento de este empleo?	FAMILIAR	Diana Ramos	
Dirección	Barro Rojas	Teléfonos (celular y fijo)	3174382685 7
Lo recomienda alguien que labora en la institución.	SI	NO X	

Grado	Nombre y Apellidos	Fuerza	Cargo	Unidad
0	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
0				
0				

Explique brevemente la razón por las cuales desea vincularse a la institución y qué expectativas tiene frente a la misma?
Deseo vincularme a la institución porque considero que es una entidad que ofrece estabilidad laboral y oportunidades de crecimiento personal y profesional. Espero aportar mis conocimientos y experiencia como Auxiliar de Enfermería, brindar una atención humanizada y de calidad a los usuarios, y continuar fortaleciendo mis competencias en el área de la salud.

Antecedentes Judiciales (Penales, Disciplinarios y/o Administrativos)			
Fecha	Tipo de Investigación	Causa	
0	No aplica	No aplica	
Autoridad	Estado actual del Proceso	Responsable	
	----------	Si	No
Fecha	Tipo de Investigación	Causa	
Autoridad	Estado actual del Proceso	Responsable	
	----------	Si	No

Datos adicionales:

Autorizo a que se me efectué una visita domiciliaria. _____

La Institución le podrá exigir el cumplimiento de los perfiles profesionales y de seguridad necesarios para el cargo, grado y funciones a desarrollar.

X. DOCUMENTOS ANEXOS:

- Fotocopia Cédula de ciudadanía ampliada al 120%
- Fotocopia Libreta Militar (Hombres)
- Fotocopia Diplomas Estudios
- Referencias Personales (3)
- Referencias Laborales
- Fotocopia Declaración de Renta último año gravable

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO HE SUMINISTRADO DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN FALSA Y QUE NO ME ENCUENTRO INCURSO EN CAUSAL ALGUNA DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD ESTABLECIDA EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLCMBIA Y LA LEY.

Nelly D. Martinez V.

Firma – Post firma y N° de Documento.

PROCESO DE SELECCIÓN

ESPACIO EXCLUSIVO PARA MINISTERIO DE DEFENSA

Unidad que requiere el Estudio: _____

Dependencia: _____

Unidad que efectúa el Estudio: _____

_____

Código Operacional y firma de quien elaboró el Estudio

XI. OTROS DATOS (Datos anexos que deba conocer la Institución)

Este formato consta de Siete (07) páginas.



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.193.234.075

Apellidos
MARTINEZ VILLALBA

Nombres
NELLY DANIELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 JUN 2003

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
MELGAR (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
09 JUN 2021, MELGAR

Fecha de expiración
21 NOV 2032

Firma
Nelly D Martinez V



.CD

00918120S

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL00918120S029079<<<<<<<<<<<
0306034F3211212COL1193234075<8
MARTINEZ<VILLALBA<<NELLY<DANIE

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS "FORMATES"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 900071364-4 Acuerdo 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 enero de 2011, 0102 del 16 de junio de 2011, 00357 del 12 diciembre de 2016, 0285 del 10 noviembre de 2017 del Ministerio de Protección Social, Resoluciones 110110 del 8 de mayo de 2017, 110155 del 11 de julio de 2011, 110483 del 26 de diciembre de 2017 emitidas por la Secretaria de Educación Localidad 11 de suba.

Confiere a:

Nelly Daniela Martinez Villalba

IDENTIFICADO (A) CON T.I. No. 1193234075 DE Melgar

El
Certificado de Aptitud Ocupacional por competencias Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente

Intensidad 1800 Horas

FORMATES
ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS

BELINDA ORTIZ PEÑA
REPRESENTANTE LEGAL
Legal

LIC. CAMILO A. MONTENEGRO G.
DIRECTOR ACADÉMICO
Dirección Académica

DADO EN BOGOTÁ, D.C., A LOS 07 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2019

ANOTADO EN EL FOLIO 34 DEL LIBRO 9 DEL REGISTRO DE FORMATES

La República de Colombia
El Departamento del Tolima
y en su nombre la

Institución Educativa Técnica
Sumapaz

Melgar - Tolima

Reconocida por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima,
Resolución No. 0216 del 24 de Enero del 2017.

Confiere a:

Nelly Daniela Martínez Villalba

Identificado (a) con T.I. No. 1.193.234.075 de Melgar - Tolima

El Título de

Bachiller Técnico Énfasis en Hotelería y Turismo
Especialidad A y B

Por haber culminado satisfactoriamente el nivel de Educación Media Técnica concluido y aprobado el plan de estudios, alcanzados los objetivos de formación y cumplido con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional.

Esp. Ricardo Elías Morales Rodríguez
CC No 5.933.845 de Icononzo - Tolima
Rector

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA SUMAPAZ
DUCATIVA TÉC
MELGARTOLIMA

Jaime Augusto Salgado Daza
CC No 12.110.900 de Neiva - Huila
Secretario

Acta General de Graduación No. 194 Folio 194

Dado en Melgar - Tolima, a los 12 días del mes de Diciembre de 2019.

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

CARTA DE RECOMENDACIÓN PERSONAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Por medio de la presente hago constar que conozco a la señora **NELLY DANIELA MARTÍNEZ VILLALBA** desde hace 4 años, tiempo durante el cual he podido conocer sus cualidades y valores como persona.

Puedo destacar de ella su responsabilidad, honestidad, respeto y compromiso, así como su disposición para ayudar y colaborar con quienes la rodean. Se caracteriza por ser una persona amable, dedicada, prudente y confiable, que mantiene buenas relaciones interpersonales y demuestra una actitud respetuosa ante las diferentes situaciones.

Durante el tiempo que la he conocido, ha demostrado ser una persona de buenos principios, con sentido de responsabilidad y disposición para asumir nuevos retos, procurando siempre cumplir de manera adecuada con los compromisos que adquiere.

Por lo anterior, me permito recomendar ampliamente a la señora Nelly Daniela Martínez Villalba, por considerarla una persona íntegra, confiable y con excelentes cualidades humanas.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Cordialmente,

Firma: _____

CESAR AUGUSTO GUTIERREZ SANCHEZ
Asesor Comercial de Ishop Ibague
C.C. No. 1.110.537.431
Tel.: 3138809791
Correo: ce.gutierrez@ishopgroup.com
IBAGUE - TOLIMA

CARTA DE RECOMENDACIÓN PERSONAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Por medio de la presente me permito recomendar a la señora **NELLY DANIELA MARTÍNEZ VILLALBA**, a quien conozco desde hace 2 años, y de quien puedo dar fe de sus excelentes cualidades personales y humanas.

Durante el tiempo que he tenido la oportunidad de conocerla, se ha caracterizado por ser una persona íntegra, responsable, honesta, respetuosa y comprometida. Se distingue por su buen trato hacia los demás, su disposición para colaborar y su capacidad para asumir con seriedad y dedicación las responsabilidades que se le encomiendan.

Asimismo, considero que es una persona confiable, organizada, disciplinada y con excelentes relaciones interpersonales, que demuestra interés por hacer las cosas de la mejor manera y mantiene una actitud positiva frente a los diferentes retos y situaciones que se presentan.

Por las cualidades anteriormente mencionadas, recomiendo ampliamente a la señora Nelly Daniela Martínez Villalba, considerándola una persona de excelentes principios y valores, digna de confianza y merecedora de toda consideración.
La presente se expide a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Cordialmente,



Firma:
MARIA CONSTANZA CARRANZA LOZANO
Psicóloga Especialista en procesos de intervención psicosocial
C.C. No. 1.106.894.386 de Melgar
Tel.: 3502368207
Correo: conllemariacarranza@hotmail.com
MELGAR-TOLIMA

CARTA DE RECOMENDACIÓN PERSONAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Yo, **DANIA VANESSA GUERRA DURAN**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 1.192.743.094**, me permito manifestar que conozco a la señora **NELLY DANIELA MARTÍNEZ VILLALBA** desde hace 15 años.

Durante este tiempo he podido reconocer en ella una persona de excelente comportamiento, honesta, respetuosa y responsable, que se caracteriza por actuar con seriedad y mantener un trato cordial y considerado hacia las demás personas.

De igual manera, puedo destacar su compromiso, puntualidad, sentido de responsabilidad y capacidad para desenvolverse adecuadamente ante diferentes situaciones, demostrando siempre disposición y una actitud positiva.

Por las razones anteriormente expuestas, considero que la señora Nelly Daniela Martínez Villalba es una persona digna de confianza y con excelentes cualidades personales, por lo cual no tengo inconveniente en otorgarle la presente referencia.

La presente constancia se expide a solicitud de la interesada para los fines que considere pertinentes.

Atentamente,



Firma: _____

DANIA VANESSA GUERRA DURAN
Dependiente Judicial- Contratista
C.C. No. 1.192.743.094
Tel.: 3222307571
Correo: gdania249@gmail.com
MELGAR- TOLIMA

CAROLINA MORALES GARCIA
GERENTE

CERTIFICA QUE:

La Señora Nelly Daniela Martínez Villalba, identificada con la cedula de ciudadanía Numero 1.193.234.075 presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería desde el 01 de junio de 2023, hasta el 31 de Julio de 2024, durante el tiempo que prestó sus servicios demostró responsabilidad, cumplimiento y total disponibilidad para desarrollar sus labores con el mayor compromiso.

La presente se expide en Ibagué, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

Carolina Morales García
Gerente

Manzana 26 Casa 32 Jordán Segunda Etapa - Ibagué-Tolima Teléfono: (8) 2.76.22.84 Móvil 313.431.4818
EMAIL: ipsmassalud@hotmail.com/ipsmassaludsas@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235383414

(415)7707212489984(8020) 000014123538341 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 3 2 3 4 0 7 5	9	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 9 3 2 3 4 0 7 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Melgar 4 4 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	VILLALBA	NELLY	DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 4 A 38 A 50 BRR BOYACA

42. Correo electrónico nellydanniela77@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 0 0 2 1 2	8 6 2 1	2 0 2 0 0 2 1 2				4 1 1 1	

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 4 9																									

49 - 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	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-02-12 / 10:49:02PM

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 MARTINEZ VILLALBA NELLY DANIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-08-2026 09:44:58PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:41:48 PM horas del 30/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1193234075**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ VILLALBA NELLY DANIELA**

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

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 domingo 30 de agosto de 2026, a las 16:06:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1193234075
Código de Verificación	1193234075260830160634

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302278553

PIB
17:10:39

Bogotá DC, 02 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1193234075:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/09/2026 05:34:21 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1193234075** y Nombre: **NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA.**

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. **146750050** . 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

DIAN



Nos encontramos realizando ajustes tecnológicos sobre la funcionalidad de

Consulta estado RUT,

por lo que el servicio permanecerá **temporalmente fuera de operación** mientras culminan las actividades programadas.

Gracias por su comprensión.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235383414

(415)7707212489934(8020) 000014123538341 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 3 2 3 4 0 7 5	9	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 9 3 2 3 4 0 7 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Melgar 4 4 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	VILLALBA	NELLY	DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 4 A 38 A 50 BRR BOYACA

42. Correo electrónico nellydanniela77@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 0 0 2 1 2	8 6 2 1	2 0 2 0 0 2 1 2				4 1 1 1	

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-02-12 / 10:49:02PM

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 MARTINEZ VILLALBA NELLY DANIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

Editar

Información del usuario



Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	NELLY DANIELA
Apellidos	MARTINEZ VILLALBA
Fecha de Nacimiento	3/06/2003 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ◉ No
Nombre y apellido	NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1193234075
Dirección	CRA 30 N 12 37
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Melgar
País	COLOMBIA
Correo electrónico	nellydanniela77@gmail.com
Teléfono	
Celular	3115250783

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3115250783
SMS para recuperar la contraseña	3115250783

Editar

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-08-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1193234075	NELLY	DANIELA	MARTINEZ	VILLALBA	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	Subsidiado	02/02/2026	Activo	CABEZA DE FAMILIA	MELGAR

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	2022-04-07	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-08-28

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2026-02-23	Activa		

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-08-28

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO	2025-10-28	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-08-28

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193234075,** se encuentra afiliado/a desde **06/04/2022** 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 02 de septiembre 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.

Salud Total EPS

CERTIFICAQue el (la) señor(a) MARTINEZ VILLALBA NELLY DANIELA con documento de identidad C 1193234075, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Melgar, desde Febrero 2 de 2026.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el día 2 de Septiembre del 2026 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

F371-RVA V 1.0 - 2015

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Nelly Daniela Martinez Villalba identificado con CC. 1193234075 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	E.S.E. CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR		
Tipo y Numero de Documento	NI - 8907C2369		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/23	**Fecha inicio contrato**	2026/02/23
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/07/26
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Inactiva		
Fecha retiro	2026/03/10	**Estado del contrato**	Retirado

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC02092026N1193234075A22038439.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026031437818

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

DIGSA	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1 Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 31 DE AGOSTO DE 2026 Acta No.

ESM: CONSULTORIOS MEDICOS DE GIRARDOT

Sección ENFERMERIA

Tipo Vinculación: Prestación de Servicios

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Yo NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA **identificado** (a) con C.C. **1193234075 de MELGAR, TOLIMA,** me comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re-enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Nelly D. Martinez V.

Firma Trabajador y/o funcionario

C.c. 1193234075 **de** Melgar-Tolima

Nilefa Murcia D.
Profesional Lic. Res. 18350
Esp. En Epidemiología

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

CID SAN MATEO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NIT. 900626482-9

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO



CIUDAD:	Melgar tolima		FECHA:	martes, 1 de septiembre de 2026	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES:	NELLY	DANIELA	MARTINEZ	VILLALBA	
C.C	1.193.234.075	DE:	MELGAR	SEXO:	FEMENINO
EDAD:	23 AÑOS	CARGO A DESEMPEÑAR:	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
EMPRESA:	SANIDAD MILITAR				
EPS:	SALUD TOTAL	FONDO DE PENSIONES:	COLPENSIONES	ARL	0

OCUPACIONALES	PROMOVER ACTIVIDADES DE PREVENCION DE RIESGO SEGÚN SISTEMA DE GESTION DE LA EMPRESA.				
MÉDICAS		INGRESO A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISIÓN A EPS:	H903	OSTEOMUSCULAR:		INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA:	X
		AUDITIVO(Ruido):	X	DIETA:	X
CONTINUAR MANEJO MÉDICO:		VISUAL:		DEJAR DE FUMAR:	
		RESPIRATORIO:		EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS:	
REMISIÓN A ARL:		PSICOLABORAL:			
		CARDIOVASCULAR:	X	CONTROL DE PESO:	X
VALORACION NUTRICIONAL:		TOXICO-BIOLOGICO			
		RADIACIONES IONIZANTES:		OTRO:	

EXAMENES EVALUADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	X	HEMOCLASIFICACION		EKG	
EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X	COPROLOGICO		TRANSAMINASAS	
EXAMEN MEDICO ENFASIS DERMATOLOGICO		FROTIS GARGANTA		PSICOLOGIA	
AUDIOMETRIA	X	CUADRO HEMATICO		RADIOGRAFIA TORAX	
VISIOMETRIA	X	GLICEMIA		RX COLUMNA LUMBOSACRA	
ESPIROMETRIA		PERFIL LIPIDICO		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

EVALUADO CON APTITUDES ADECUADAS PARA EL CARGO	CUMPLE SIN RESTRICCION DE ACUERDO AL CARGO:		Valoración por oftalmología por su eps y audioprotección.
	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR :	X	
CON RECOMENDACIONES	X	CAUSA:	
CON RESTRICCIONES			
PENDIENTE			

RECOMENDACIONES: USO DE LENTES CORRECION OPTICA VISION LEJANA SI X NO DE LECTURA SI NO X

PROTECCION OCULAR ULTRAVIOLETA : SI NO X AUDIOPROTECCION SI X NO

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

Dr. Fredy E. Hernández T.
Especialista en SST. U.Rosario
R.M. 14276/91-Res. 2009/22 SSB

Dr. Fredy E. Hernández Torres
R.M. 14276/91-Res. 2009/22

Nelly D. Martinez V.

NELLY MARTINEZ
1.193.234.075

HUELLA

Calle 8 No. 25-25 Melgar – Tolima. Teléfono (8) 245 0712. Celular 315 489 4458
e-mail: cidsanmateosst@gmail.com

1/09/2026 9:09

CID SAN MATEO
SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900626482-9

EVALUACIÓN VISIOMETRIA

CIUDAD: Melgar, Tolima | FECHA: Septiembre 01/26.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES:	Nelly Daniela Martinez Villalba.				
CC:	1193234075.	DE:	Melgar Tolima	SEXO:	F.
EDAD:	23.	CARGO A DESEMPEÑAR:	Auxiliar de Enfermeria		
EMPRESA:	Sanidad Militar.				

USA CORRECION OPTICA		ANTEOJOS		LENTES DE CONTACTO		RGP		BLANDOS	
SI	NO X	FECHA ULTIMO CONTROL	3 años.						
LOS PRESENTA AL EXAMEN			CIRUGIAS		CUALES				
FORMA DE USO			PERMANENTES		CERCA		LEJOS		
			SOLDADURA		ACIDOS		POLVORA		
OCULARES	ESQUILAS		OTROS						
ANTENCEDENTES OCUPACIONALES			Niega						
ANTENCENTES QUIRURGICOS			Niega.						
SINTOMATOLOGIA:	Niega.								

EXAMEN EXTERNO

OD: Normal. | OI: Normal.

AGUDEZA VISUAL HABITUAL

	SIN CORRECION		CON CORRECCION		PH
	LEJANA	PROXIMA	LEJANA	PROXIMA	
OD	20/20	20/ 20	20/	20/	
OI	20/ 20	20/ 20	20/	20/	
AO	20/ 20.	20/ 20	20/	20/	

REFRACCION			RX FINAL		ADD			
OD		AV	OD		+	AV	DP	
OI		AV	OI		+	AV	DP	

	OD		OI		OBSERVACIONES
VISION CROMATICA	NORMAL ✓	ALTERADA	NORMAL ✓	ALTERADA	
PERIMETRIA	NORMAL ✓	ALTERADA	NORMAL ✓	ALTERADA	
ESTEREOPSIS	NORMAL ✓	ALTERADA	NORMAL ✓	ALTERADA	
OFTALMOSCOPIA	NORMAL ✓	ALTERADA	NORMAL ✓	ALTERADA	
REFRACCION	NORMAL ✓	ALTERADA	NORMAL ✓	ALTERADA	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO EPP VISUAL		X	USO DE CORRECCION OPTICA		OTRA
VALORACION OPTOMETRICA COMPLETA			PERMANENTE		
VALORACION OFTALMOLOGICA			VISION PROXIMA		
			DESCANSO VISUAL		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

EMETROPE	X	PRESBICIA		HIPERMETROPIA		DISCROMATOPSIA	
MIOPIA				ASTIGMATISMO		ESTRABISMO	

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

Dra. Martha Patricia Cañas J
Optómetra
C.C. 39783065
Universidad de La Salle

Nelly D. Martinez V
1193234075

HUELLA

CID SAN MATEO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NIT. 900626482-9

EVALUACIÓN AUDIOMETRIA

CIUDAD: Melgar, Tolima FECHA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: Nelly Daniela Martinez

C.C 1193234075 DE: Melgar SEXO: Mujer

EDAD: 27 EMPRESA Sanidad Militar CARGO Aux. enfermeria

INGRESO		PERIODICO		EGRESO		REPOSO AUDITIVO	

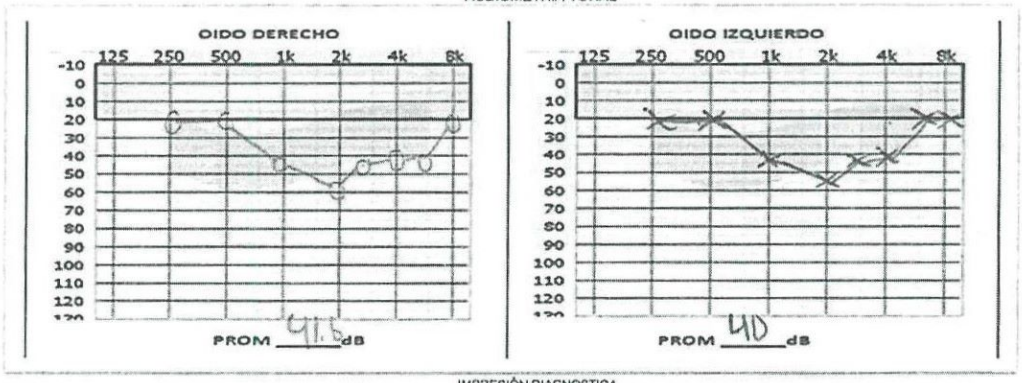
ANTECEDENTES	SI	NO	SINTOMAS	SI	NO
CIRUGIAS DE OIDO		X	OTALGIA		X
TRAUMA		X	OTITIS		X
HIPERTENSION		X	OTORREA		X
DIABETES		X	PRURITO		X
ALT. DE TIROIDES		X	PLENITUD OTICA	X	
VIRALES		X	VERTIGO		X
HEREDITARIAS Y/O GENETICAS		X	TINITUS		X
EXPOSICION TOXICA		X	SORDERA		X
SERVICIO MILITAR		X	AUXILIAR AUDITIVO		X
HOBBIES (POLIGONO, DJ, MUSICO)		X	EXPOSICION A RUIDO LABORAL		X
USO DE AUDIFONOS / MANOS LIBRES		X	PROTECTOR AUDITIVO		X
CONDUCE MOTO	X		COFOSIS		X

OTOSCOPIA	OIDO DER		OIDO IZQ	
DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL
PABELLON AURICULAR	X		X	
CANAL	X		X	
MEMBRANA TIMPANICA	X		X	
OBSERVACIONES :				

CONVENCIONES AUDIOLOGICAS

	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
VIA AEREA	O	X
VIA OSEA	<	>
AEREA NO RTA	[	]
OSEA NO RTA	<	>

AUDIOMETRIA TONAL



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

OD Descenso auditivo bilateral de grado leve a moderado en fr de 1Hz a 6Hz en OD y en OI en fr de 1Hz a 4Hz.

OI

AUDIOMETRIA DE CONTROL		VALORACION POR ORL		REPOSO AUDITIVO		ROTAR DIADEMA		E.P.P AUDITIVO	
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		EXM. COMPLEMENTARIO				ADAPTACION AUDIFONOS		LIMPIEZA OTICA	

Dra. Brigith Bermudez V.
FONOAUDIOLOGA
C.C. 1.020.762.505
RN.1302432

BRIGITH GISSELA BERMUDEZ VANEGAS2 - FONOAUDIOLOGA
REGISTRO 1302432

Nelly D Martinez V.
1193234075.
0 0/01/1900
0

NUEVO

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

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

I. DATOS PERSONALES

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

Apellidos:	Martinez Villalba.	Nombres:	Nelly Daniela.
N° de Documento:	1193234075.	Edad:	23
Genero: Mujer	X.	Hombre	
Profesión u ocupación:	Auxiliar de enfermeria	Número de contacto:	3115250783.
Correo electrónico:	nellydanniela77@gmail.com		

II. DATOS LABORALES

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

DIGSA		DISAN EJC	X	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar:

Cargo al que aspira:

III. TIPO DE VINCULACIÓN

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

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

V. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

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

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

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

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

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO	(P)
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO	(P)
			2da	NO	(P)
			3ra	NO	(P)
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	NO	(P)
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	22/08/2024
			2da	NO	(P)
			3ra	NO	(P)
			4ta	NO	(P)
			5ta	NO	(P)
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	13/08/2026
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	13/11/2029
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antececente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	NO	(P)
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	NO	(P)
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	NU	(P)
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	NO	(P)
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar		

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

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

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

SI		NO		

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI		NO		

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

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

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

Kelly D. Martinez V.

Firma del aspirante

3/08/2026

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación para

_____

a
partir de la segunda dosis de INFLUENZA únicamente por no disponibilidad de la vacuna en el país.

Fecha: 2/09/2026

Tipo de vinculación: Planta [ ] OPS [x] Tercerización de Servicios [ ]

DIGSA [ ] DISAN EJC [X] DISAN ARC [ ] JEFSA FAC [ ]

ESM: GIRARDOT

Yo; Nelly Daniela Martinez V. identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1193234075.
Me Permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

VACUNA	GENERO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	Mujeres	2da	Sep/ 2026
		3ra	Dic 2026
		4ta	Jun 2027
		5ta	Jun 2028.
	Hombre	2da	
		3ra	
HEPATITIS B	Mujer/Hombre	2da	
		3ra	

VACUNA	OBSERVACIÓN	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
INFLUENZA	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente	

La presente se firma en: Girardot a los 2 días del mes 09 del año 2026

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-108
	Vigente	Agosto de 2023

Nelly D. Martinez V.
Firma del aspirante.

Observaciones SST: se hace Compromiso. Para las Vacunas Pendientes de Hepatitis A, Hepatitis B 1,2,3, Td. 2,3,4,5, Varicela, T.V. DPTA, Neumococo

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo:

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo.
Grado. Nombre completo:

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c0d9495a-e36e-4842-80cd-19418ef572d

Nombres y apellidos / Full name: NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 9 3 2 3 4 0 7 5

Fecha de nacimiento / Date of birth: 03/06/2003

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3202759331

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
VPH	Primera	31	08	2012		H012514 23/02/15	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	OLGA YANETH VARGAS
VPH	Segunda	01	11	2012		H0125515	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	
VPH	Tercera	18	02	2013		H0125515	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	
COVID SINOVAC	Primera	23	09	2021	Sinovac	C202106109	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	MARIA ALEJANDRA AVILA RODRIGUEZ
COVID SINOVAC	Segunda	04	11	2021	Sinovac	B202107096	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	ESTEFANIA LEAL ABRIL
COVID SINOVAC	Primer Refuerzo	03	05	2022	Sinovac	C202109192	CLINICA ESPECIALIZADA DEL NORTE SAS	LINA MARITZA LOZANO CASTRO
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	22	08	2024	Catalent Indiana	026J23A	VirreySolis IPS	GLORIA MORENO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	22	08	2024	Green Cross	V50524002	VirreySolis IPS	GLORIA MORENO
TD Adulto	Primera	22	08	2024	Serum	2333L021C	VirreySolis IPS	GLORIA MORENO
Fiebre Amarilla	Única	13	11	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23F0031	VirreySolis IPS	GLORIA ESTEFANIA MORENO CETINA
TD Adulto	Segunda	13	11	2024	Serum	2333L037C	VirreySolis IPS	GLORIA ESTEFANIA MORENO CETINA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	13	08	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	OLGA YANET VARGAS ZACIPA - CC39622244 - ACTIVO
TD Adulto	Tercera	13	08	2026	Serum	2334L010B	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	OLGA YANET VARGAS ZACIPA - CC39622244 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	13	08	2026	Serum	0096M004	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	OLGA YANET VARGAS ZACIPA - CC39622244 - ACTIVO

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

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

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

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

The Mnistery 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d3d9495e-e36e-4842-80cd-19418eff572d

Nombres y apellidos / Full name: NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 9 3 2 3 4 0 7 5

Fecha de nacimiento / Date of birth: 03/06/2003

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3202759331

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				

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.

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 *

Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *

1193234075

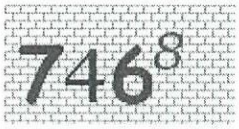
Primer Nombre

nelly

Primer Apellido

martinez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7237

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-01→5:17:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
TI	1193234075	NELLY	DANIELA	MARTINEZ	VILLALBA	No 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) NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA identificado(a) con TI 1193234075 registra La siguiente información:

2026-09-01→5:17:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-04-13	11974	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CONSULTORIOS MEDICOS GIRARDOT

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: NELLY DANIELA VILLALBA mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.193.234.075 de MELGAR-TOLIMA, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad Posgrado - Universidad	NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA CC 1.193.234.075 INSTITUTO FORMATES
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. [ ] Por incapacidad profesional. [ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa.

	Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: Porvenir Fecha:
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	**Contratante: CENTRO INEGRAL DE ATENCION 5G S.A.S** **DESDE 03 DE FEBRERO AL 31 DE JULIO**
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: CARRERA 30 N 12 37 BARRIO GALAN MELGAR-TOLIMA
Teléfono fijo - Teléfono celular	3115250783
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: DAVIVIENDA Sucursal: IBAGUE No. de Cuenta: 0550488446993641 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: Tel. Celular: 3115250783
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	nellydanniela77@gmail.com
Contratos **vigentes** de prestación de servicios (ind que entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Tipo de contrato: indefinido Objeto: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería **Plazo: 01 de julio del 2023 HASTAS 31 julio del 2024** **Vlr. Total, contrato: $26.312.000** (SI APLICA)
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato: Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común_x_ Simplificado:

Radicado N° MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMTOL - GIRARDOT

Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA: X Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA: X El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	SOLTERA
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre: Identificación: Empresa: Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI ____ Especifique: EJC NO: [X]
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos: 0 Nombre:

EJMGIRARDOT

Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	Grado de consanguinidad: SEGUNDO GRADO PRIMO Cargo que desempeña: CABO TERCERO SI___ NO___X___
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

Kelly D. Martínez V.

FIRMA Y POSFIRMA Cedula: 1193234075

CONTRATISTA

ESM GIRARDOT

EJERCITO NACIONAL

DISPENSARIO MEDICO DE GIRARDOT
CONCEPTO PSICOLOGICO

Girardot, Cundinamarca, Agosto 28 de 2026

DATOS PERSONALES

Nombre: NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA
Documento de Identidad: Cc. 1193234075
Unidad: ESM GIRARDOT
Cargo al que aspira: Aux. Enfermera
Edad: 23
Estado Civil: Soltera

CONCEPTO

Se realiza a la aspirante al cargo de Aux. De Enfermera, entrevista estructurada y aplicación de prueba psicométrica de personalidad (MMPI-2). Durante la entrevista se profundiza en las dimensiones personal, familiar, afectiva, social, económica y laboral, explorando aspectos relacionados con la experiencia, perfil profesional, fortalezas y oportunidades de mejora en el ámbito laboral.

Posterior al análisis de la información obtenida durante la evaluación psicológica y de los resultados de la prueba psicométrica MMPI-2, se evidencia un perfil válido y favorable. La entrevista clínica no refiere antecedentes psicopatológicos ni consumo de sustancias psicoactivas, y se identifica adecuada red de apoyo. En conjunto, no se evidencian indicadores psicológicos que contraindiquen el desempeño de las funciones propias del cargo de enfermera. Por lo anterior, desde el componente psicológico, se considera APTA para el desempeño del cargo, sujeto al cumplimiento de los demás requisitos y criterios establecidos por la institución.

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD – MMPI

L	F	K	HS	D	HY	DP	MF	PA	PT	SC	MA	SI
77	53	70	53	38	57	55	40	51	39	45	52	34

Sonia Patricia Murillo C.
Psicóloga
U.C.C T.P. 105013
REG. 2761

OPS. SONIA PATRICIA MURILLO CASTELLANOS
MG. PSICOLOGIA CLINCA DE LA SALUD
DISPENSARIO MEDICO GIRARDOT

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CONSULTORIOS MEDICOS DE GIRARDOT

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS/TECNOLOGOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA / CONSULTORIOS MEDICOS DE GIRARDOT, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE FUERZAS MILITARES PARA LA VIGENCIA 2026.

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es **PRESTAR SERVICIOS TECNICOS/TECNOLOGOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA / CONSULTORIOS MEDICOS DE GIRARDOT, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE FUERZAS MILITARES PARA LA VIGENCIA 2026.**, actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "PACTO DE INTEGRIDAD" , teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.

2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.

3. Ganar la adjudicación del contrato.

4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato

5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por el contratista y pactados con

el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**

6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.

7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.

8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. El contratista participante y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

   A los oferentes les complace confirmar que:

   a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y

   b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El contratista comprende la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA,** también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte del contratista participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. El contratista desarrollará sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

   a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.

   b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

   c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.

d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. El contratista declarará públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. EL **DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA** acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente. el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El contratista participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA,** firman el presente documento en Tolemaida., en el mes de agosto del año dos mil veintiséis (2026).

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA.

Mayor. WILMER MANUEL RICO ALBARRACIN
Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL

NOTIFICADOS:

GERENTE DE PROYECTO:

NOMBRE	FIRMA
TC. RUBY SNEYDER LÒPEZ ORJUELA **Directora Dispensario Médico de Tolemaida**	OFICIAL SANIDAD Ruby Sneyder López O. Enfermera F.U.A.A. RUNE 10255

COMITÉ ESTRUCTURADOR CONTRATOS:

NOMBRE	FIRMA
NANCY ROCIO GONZALEZ Abogado Contratos DMTOL o quien haga sus veces	OK R.G.

COMITÉ TÉCNICO ESTRUCTURADOR

NOMBRE	FIRMA
SMSM. MARIA ISABEL ROJAS ANGARITA Supervisora Contrato	MARIA I. ROJAS ANGARITA

OFERENTE:

NOMBRE	FIRMA
PS. NELLY DANIELA MARTINEZ VILLALBA Auxiliar Enfermera	Nelly D. Martinez V.

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 14:25:05 horas del 01/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1193234075,** Apellidos y Nombres **MARTINEZ VILLALBA NELLY DANIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SANIDAD MILITAR** , con NIT **830039670-0** 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.

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 1193234075 **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 13/08/2026 09:32 AM

Código Verificación: **ZU3VRSCJ8D**

Válida hasta: **11/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC