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 |
|---|---|---|
| Lemos | Villada | Gloria Nancy |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52884964 | 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 07 MES 03 AÑO 1981 | CARRERA 13 4B 0 SUR Manzana B Casa 4 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | QUINDÍO |
| DEPTO | QUINDÍO | MUNICIPIO | GÉNOVA | | |
| MUNICIPIO | GÉNOVA | TELÉFONO | | EMAIL | nancylemos26@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 1998 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 3 | X | | TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 06 | 2006 | 52884964 |

## 3 EDUCACION 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 48 | X | | Curso Atención Diferencial en Salud | 09 | 2026 |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 48 | X | | Curso Soporte Vital Básico Pediátrico | 09 | 2026 |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 48 | X | | Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) | 09 | 2026 |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 48 | X | | Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud | 09 | 2026 |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 48 | X | | Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos | 10 | 2026 |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 60 | X | | Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio | 10 | 2026 |
| FUNSALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 80 | X | | CODIGO FUCSIA | 10 | 2026 |
| Organización Panamericana de la Salud | EDUCACIÓN INFORMAL | 20 | X | | Diagnóstico y manejo clínico del dengue | 10 | 2026 |
| La Organización Panamericana de la Salud | EDUCACIÓN INFORMAL | 20 | X | | Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas | 10 | 2026 |

## 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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL OCCIDENTE - KENNEDY | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 24 | *Mes* | 07 | *Año* | 2020 | *Día* | 24 | *Mes* | 07 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>143- AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 9 39 46 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS APA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2770977 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 08 | *Año* | 2012 | *Día* | 20 | *Mes* | 08 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>143- AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUX DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 32B 2 43 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7300000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* | 2013 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2014 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 67A SUR 18C 12 | | | | | | |

## 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 | 4 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 7 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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* Gémira 08/10/26

Nancy Lemes

*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 | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-10-09 09:23 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| GLORIA | NANCY | LEMOS | VILLADA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 52884964 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | QUINDÍO | Municipio | GÉNOVA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | QUINDÍO | Municipio | GÉNOVA |
|---|---|---|---|---|---|

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

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | QUINDÍO | Municipio | GÉNOVA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Cra 12 Calle 17 Esquina"] |
|---|---|

| 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 | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $0,00 |

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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:

| |
|---|
| |

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

52884964

NUMERO

LEMOS VILLADA

APELLIDOS

GLORIA NANCY

NOMBRES

Nancy Lemos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1981

GENOVA

(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

11-FEB-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

IVAN DUQUE ESCOBAR

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA, D.C.
Secretaria
Salud

# *Resolución No* 7944 *de* 08/09/2006

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

*CONSIDERANDO*

Que el(la) señor(a) LEMOS VILLADA GLORIA NANCY Identificado(a) con CC número 52884964 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 17/06/2006 y registrado en el libro 4 Folio 4537 año 2006
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a LEMOS VILLADA GLORIA NANCY identificado(a) con CC número 52884964 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

**NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE**
Dada en Bogotá, D.C. a los 08/09/2006
ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

**CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS**
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**
**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **GLORIA NANCY LEMOS VILLADA,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **52884964** de BOGOTA D.C.
(CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO)
**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

**MAGDA ALEXANDRA GÓMEZ SANTANA**
Personera Delegada Para El Juzgamiento Disciplinario I

# ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

52884964

Primer Nombre

gloria

Primer Apellido

lemos

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9613

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2026-10-06→3:05:46 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52884964 | GLORIA | NANCY | LEMOS | VILLADA | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GLORIA NANCY LEMOS VILLADA identificado(a) con CC 52884964 registra La siguiente información:**

**2026-10-06→3:05:46 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2006-09-08 | 7944 | 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 los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento**

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de Febrero de 1999

expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999

emanada de la Secretaría de educación de Santafé de Bogotá D.C.

# Que : Lemos Villada Gloria Nancy

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley

Con una intensidad de 1800 horas

## Técnico Laboral en

## AUXILIAR DE ENFERMERIA

Presidente
Roberto Gallido G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cuca Ramírez

Dado en Bogotá D.C., A los 17 días del mes de Junio de 2006

Anotado en el folio 4537 del libro 04 del Registro de Fusdesa

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

# "FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1550 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

## ACTA GENERAL No. 015

En Bogotá, D.C. El día 16 de Junio del Año dos mil seis (2006), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

**ACTA INDIVIDUAL No. 4537**

## Lemos Villada Gloria Nancy

C.C. 52.884.964 de Santafé de Bogotá D.C.

El certificado que lo (a) acredita como :

**Técnico Laboral**
**Auxiliar de Enfermería**

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil seis (2006)

**Presidente**
**Roberto Galindo G.**

**Directora Académica**
**Lila Yaneth Cicua Ramírez**

FUNSALUD

NIT. 901591272-1

Educación

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-06
Fecha de vencimiento: 2027-10-06

F. ARBEY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

FUNSALUD

NIT. 901591272-1

Educación

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-02
Fecha de vencimiento: 2027-10-02

F. ARBEY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 -051080. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

FUNSALUD

Educación

*NIT. 901591272-1*

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-30
Fecha de vencimiento: 2027-09-30

F. ARBEY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 -051880. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

FUNSALUD

NIT. 901591272-1

Educación

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

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

Fecha de emisión: 2026-09-28
Fecha de vencimiento: 2027-09-28

Verificación:

F. ARBEY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 -051860. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

FUNSALUD

NIT. 901591272-1

Educación

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico Pediátrico con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-26
Fecha de vencimiento: 2027-09-26

F. ARBEY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 -051880. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

9caf17ae-7c3d-443c-b4ef-b001c89d8b77

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Gloria Nancy Lemos VIllada*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

6 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=9caf17ae-7c3d-443c-b4ef-b001c89d8b77

2354eeeb-043b-4d84-98fe-1d74f7f2d9d9

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Gloria Nancy Lemos VIllada*

ha participado y aprobado el curso virtual:

## Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 83,33 %

8 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=2354eeeb-043b-4d84-98fe-1d74f7f2d9d9

**FUNSALUD**

*NIT. 901591272-1*

Educación

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

Realizó y aprobó el Curso Atención Diferencial en Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-09-24
Fecha de vencimiento: 2027-09-24

**Verificación:**

**F. ARBEY H. CAMPUZANO**
**Representante Legal**
**TP. No 70976 -051880. Copnia**

**ANA MILENA VELEZ SALAZAR**
**Jefe de Enfermería**
**TP 73528**
**Docente.**

**LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO**
**Docente**

**FUNSALUD**

*NIT. 901591272-1*

Educación

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

## *Hace Constar que:*

# *Gloria Nancy Lemos Villada*

## *CC 52884964 de Bogota D.C*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratori
Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-04
Fecha de vencimiento: 2027-10-04

F. ARBEY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 -051880. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

La República de Colombia

Departamento del Quindío

y en su nombre

# El Instituto Génova

Génova - Quindío

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 11539 del 17 de Agosto de 1966

Confiere a

## *Gloria Nancy Lemos Villada*

Identificado con T.I. No. 81030705157 de Génova Q.

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes.

Anotado al Libro No. 022 Folio No. 41 del Colegio.

Dado en Génova, a 15 de Diciembre de 1998

Rector

Jaime Bengoa Lopez

Secretaria

Yolanda Urrea Henao

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO GÉNOVA GÉNOVA - QUINDÍO

APROBADO POR RESOLUCIÓN NACIONAL Nº 11539 DE AGOSTO 17 DE 1988
EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

## *ACTA INDIVIDUAL DE GRADO*

En la ciudad de **GÉNOVA QUINDÍO**, a 15 de **DICIEMBRE** de 1998, se reunieron en concordancia y con el Consejo Directivo y con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria del **INSTITUTO GÉNOVA** Institución aprobada mediante **RESOLUCIÓN NACIONAL 11539 DE AGOSTO 17 DE 1988** emanada del Ministerio de Educación Nacional y de acuerdo a los Artículos 11 y 39 del Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, reglamentario de la Ley 115, el Decreto Nacional 3011, otorga el título de **BACHILLER** en la Modalidad **ACADÉMICA.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de **EDUCACIÓN MEDIA**, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO** a los graduandos cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

**LEMOS VILLADA GLORIA NANCY** **CC.** 57.854.964 Bogotá
Cuyo número de orden es **025**

Es fiel copia del acta original Nº **022** folio **41**, del 15 de **DICIEMBRE** de 1998.

Que consta de 46 alumnos graduandos y comienza con el nombre de **ALVAREZ HENAO CANDY** y se cierra con el de **VILLADA QUIROGA JHON JAIVER**

Firmada por **JAIME RENGIFO LÓPEZ (RECTOR) Y YOLANDA URREA HENAO (SECRETARIA).**

Dada en el **INSTITUTO GÉNOVA** a veintinueve (29) de marzo de dos mil seis (2006).

**JAIME RENGIFO LÓPEZ**
**RECTOR**
**C.C. 4.427.247 de Génova**

**FIRMA RECTOR**

**YOLANDA URREA HENAO**
**SECRETARIA**
**C.C. 24.567.702 de Calarcá**

**FIRMA SECRETARIA**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**

**CERTIFICA:**

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) GLORIA NANCY LEMOS VILLADA; con documento de identidad No, 52884964 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

| # | Año | Contrato | Perfil | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | Unidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2020 | 5640-2020 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 24/07/2020 | 31/01/2021 | $1646286 | SUBRED |
| 2 | 2021 | 4405-2021 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 44228 | 44592 | $1703946 | SUBRED |
| 3 | 2021 | 4405-2021 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/02/2021 | 31/01/2022 | $1703946 | SUBRED |
| 4 | 2021 | 4405-2021 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 44228 | 44592 | $1703946 | SUBRED |
| 5 | 2021 | 4405-2021 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/02/2021 | 31/01/2022 | $1703946 | SUBRED |
| 6 | 2022 | 3733-2022 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/02/2022 | 15/02/2022 | $1754910 | SUBRED |
| 7 | 2022 | 5536-2022 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 07/02/2022 | 31/01/2024 | $1755060 | SUBRED |
| 8 | 2024 | 3841-2024 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 01/02/2024 | 31/07/2024 | $1755064 | SUBRED |

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

copia certificada
Subred Sur Occidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los diecisiete (17) días del mes de septiembre de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

**INGRIT LINETH VASQUEZ CELY**
**DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**
**SUBGERENCIA CORPORATIVA**

Copia certificada
Subred Suroccidente

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Vista Hermosa

EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:

Que en la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista **LEMOS VILLADA GLORIA NANCY**, identificado(a) con **CC No. 52.884.964**, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

| Nro. contrato | Fecha de duracion | | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 10879 | 01 de diciembre de 2013 | Al | 31 de diciembre de 2013 | $ 1.449.000 |
| Adicion 10879 | 01 de enero de 2014 | Al | 10 de enero de 2014 | $ 483.000 |
| 00542 | 11 de enero de 2014 | Al | 31 de enero de 2014 | $ 966.000 |
| 02057 | 01 de febrero de 2014 | Al | 28 de febrero de 2014 | $ 1.449.000 |
| 03075 | 01 de marzo de 2014 | Al | 30 de abril de 2014 | $ 2.898.000 |

**OBJETO DEL CONTRATO: APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Nota: Los contratos relacionados quedan sujetos al desarrollo del objeto contractual por parte del contratista y/o de la entidad.

Que el Contratista NO ha tenido vinculo laboral alguno con la entidad y que los contratos referenciados no generan vínculo laboral entre el contratista y el Hospital.

La presente certificación es dada a los nueve (9) días del mes de mayo de 2014

**TERESA GOMEZ DE ROMERO**
Profesional Universitario Contratacion

**La presente certificación no pierde su vigencia, en caso de ser solicitada presente fotocopia de la misma y guarde el original**

Elaboro: dora M

**AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS LTDA**
**NIT: 900.036.920-1**

**CERTIFICA QUE:**

La señora, **GLORIA NANCY LEMOS VILLADA** identificada con cedula de ciudadanía No 52.884.964 de Bogotá: labora en esta compañía bajo la modalidad de prestación de servicios en el Departamento de Eventos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, desde 14 de agosto del año 2012 hasta el de agosto de 2019.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en la ciudad de Bogotá D.C., a los 11 días del mes de noviembre de 2020.

Certificación expedida para **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E**

Diana Patricia Martinez O.
**DIANA PATRICIA MARTINEZ OVALLE**
Analista de Recursos Humanos

PBX: 572 0477 – 805 9292
ambulancias@apa.net.co
Carrera 32B # 2-43
Bogotá – Colombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No: | ANEXO No: |
|---|---|---|---|---|
| ARMENIA | ARMENIA | EMISION ORIGINAL | 60-03-101011327 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| ASEGURADO | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
|---|---|---|---|---|
| 08 / 10 / 2026 | 08 / 10 / 2026 | 08 / 10 / 2027 | 08 / 10 / 2026 | 08 / 10 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| DPG SEGUROS SOCIEDAD LTDA | 153943 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA | % PARTICIPACION |
|---|---|

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 100,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 100,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | | | $ 20,000,000.00 |

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******100,000,000.00 | PRIMA: | $ **********107,475.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********20,420.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********127,895.00 |

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.**

**PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 14 NO. 14 N - 30, TELÉFONO 7358800 - ARMENIA**

**HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

(415)7709998021167(8020)1100020231660 3(3900)000000127895(96)20261122

**REFERENCIA PAGO:**

**1100020231660-3**

60-03-101011327

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG153943A

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ARMENIA | EMISION ORIGINAL | 60-03-101011327 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| ASEGURADO | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EMISION ORIGINAL 2026

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

ASEGURADO: GLORIA NANCY LEMOS VILLADA
NO. DE IDENTIFICACION: 52.884.964
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: VIGENCIA DESDE 08-10-2026 HASTA 08-10-2027

UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL

FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
en adicin a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

NOTA TECNICA
FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SE EXCLUYEN RECLAMACIONES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y NO QUIRURGICAS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO. SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

LIMITE ASEGURADO: $ 100.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

1.COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO:
1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.
CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:



Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ARMENIA | EMISION ORIGINAL | 60-03-101011327 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| ASEGURADO | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDANEXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-II- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.
ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE, NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.
EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL: | TIPO DE MOVIMIENTO: | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ARMENIA | EMISION ORIGINAL | 60-03-101011327 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| ASEGURADO | GLORIA NANCY LEMOS VILLADA | | | CC | 52.884.964 |
| DIRECCION | CARRERA 13 MANZANA B CASA 4 | CIUDAD | GENOVA, QUINDIO | TELEFONO | 3138205142 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO EIMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES:
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

56. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
a) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
b) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA ASEGURADA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATODE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 5caf1e6e-b119-4a02-ae7f-3797a6536b35

Nombres y apellidos / Full name: **GLORIA NANCY LEMOS VILLADA**

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

Número de identificación / ID Number: **5 2 8 8 4 9 6 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **07/03/1981**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3138205142**

Correo electrónico / e-mail: **NANCYLEMUS26@HOTMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| COVID PFIZER | Primera | 18 | 02 | 2021 | PFIZER | EN1194 | HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY | FRANCY MILENA PUERTO APONTE |
| COVID PFIZER | Segunda | 13 | 03 | 2021 | PFIZER | EN1194 | HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY | CINDY JOHANNA CHAVARRIA GUTIERREZ |
| Sarampión y Rubéola | Adicional | 04 | 09 | 2026 | Sarampión -Rubéola - SERUM | 0126N030 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA | SANCHEZ LIEVANO SANDRA PATRICIA |
| Fiebre amarilla | Refuerzo | 04 | 09 | 2026 | CHUMAKOV | 454 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA | SANCHEZ LIEVANO SANDRA PATRICIA |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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 camé 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.

...antidos que nos fueron inoculados en el presente documento.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Gloria Nancy

Apellidos: Lemos Villada.

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

No. 52 884 964

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 03 Año 1981

Escaneado con CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 18-2-21 | PFIZER | FV: 30-06-21 EN1194 | RED SUR OCCIDENTE | FERNEY ALBERTO | 3967539 |
| PROXIMA DOSIS 18-3-21 | 2 | 11-03-21 | P. fizer. | 1195. EN 30-06 21. | USS. occidente Kennedy | Cindy chavería | 1022369209 |
| | | 26 NOV 2021 | Moderna | 017JUN 1404222 | Kennedy | Alexander Mamera | 1073130285 |

Escaneado con CamScanner

3124736505

## ESQUEMA ANTIRRABICO

| | Nº DOSIS | Nº DIA | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| PREEXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 3 | | |
| | 3ª | 7 | | |
| | 4ª | 14 | | |
| | 5ª | 28 | | |
| POSTEXPOSICION | 1ª | 0 | | |
| | 2ª | 7 | | |
| | 3ª | 28 | | |
| | Refuerzo | 1 año | | |
| | Refuerzo | 3 años | | |

| OTRAS | | |
|---|---|---|
| Antitetánica | 1ª Dosis | |
| | 2ª Dosis | |
| | 3ª Dosis | |
| Gamaglobulina | | |
| Suero Antiofídico | | |
| Suero Antirrábico | | |
| Anotaciones Especiales | | |

# Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

00669

## CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Gloria Nancy Lemos Ulloa

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO F

TELEFONO 4289194

Sv004

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9 m | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | 3ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1ª Dosis | 09 AGO 2012 | |
| | 2ª Dosis | 13 OCT 2012 | |
| | 3ª Dosis | 14 NOV 2012 | |
| | Refuerzo | 14 AGO 2013 | |

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| T.D. | 1ª Dosis | 10 SEP 2012 | H79944 |
| | 2ª Dosis | 16-004-2012 | |
| | Refuerzo | (0- mes. 13 | |
| TETANO | 1ª Dosis | | |
| | 2ª Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| FIEBRE AMARILLA | | | |
| FIEBRE TIFOIDEA | | | |
| Varicela (Polyvalente) | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |
| | 4ª | | |
| Virus Hepatitis A | 1ª | | |
| | Refuerzo | | |
| Influenza | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| Neumococo | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 1ª | | |
| | 2ª | | |
| | 3ª | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 22-05-13 | 02NI013 09/13 | 32 ESCOM H+ |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 21-04-2012. | | |
| | 2 | 10-SEP 2012 | H79944. | |
| | 3 | 14 AGOSTO 2013 | COA190016 COMARGLORIA | |
| | 4 | 14 AGOS 14 | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 14 AGOSTO 2013 | | J8005 | Carmen Gloria. |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141146616593

(415)7707212489984(8020) 000014114661659 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 2 8 8 4 9 6 4 | 7 | Impuestos de Bogotá | 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 8 8 4 9 6 4 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

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

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 67 SUR 18 C 35 PL 1

42. Correo electrónico: nancylemos26@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | | Número establecimientos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 0 6 0 6 1 5 | | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-11-29 / 02:14:26PM

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 LEMOS VILLADA GLORIA NANCY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304356445

PIB
16:31:36


Bogotá DC, 06 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GLORIA NANCY LEMOS VILLADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52884964:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de octubre de 2026, a las 15:19:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 52884964 |
| Código de Verificación | 528849642610061519 51 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:22:21 PM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52884964**

Apellidos y Nombres: **LEMOS VILLADA GLORIA NANCY**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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

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



Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/10/2026 03:25:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52884964** y Nombre: **GLORIA NANCY LEMOS VILLADA.**

## 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. **149089114** . 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

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 52884964 **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 06/10/2026 03:34 PM

Código Verificación: **V5LZAFY4C7**

Válida hasta: **06/01/2027**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 15:55:11 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52884964,** Apellidos y Nombres **LEMOS VILLADA GLORIA NANCY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Génova** , con NIT **890000448-5** 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.

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

# CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO BDME

El documento de identificación CEDULA DE CIUDADANÍA número 52884964 **NO** está incluido en el BDME que publica la CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 901 del 2004.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades públicas. Por tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se puedan derivar del reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hayan suministrado los entes públicos, bajo su responsabilidad exclusiva.

La sentencia C-1083 del 24 de octubre de 2005 de la Honorable Corte Constitucional declaró inexequibles los incisos 2 y 4 del parágrafo tercero del artículo 2° de la Ley 901 de 2004, dejando así de tener vigencia la inhabilidad para contratar con el Estado o tomar posesión de cargos públicos, de las personas naturales o jurídicas que aparezcan reportadas en el Boletín de Deudores Morosos del Estado.

En tal sentido no se requiere presentar el certificado del Boletín de Deudores Morosos del Estado para efectos de contratar con entidades públicas.

Este documento se generó en la página www.contaduría.gov.co

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

# CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO
# INCUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE PAGO

El documento de identificación CEDULA DE CIUDADANÍA número 52884964 **NO** ha incumplido acuerdos de pago de conformidad con lo establecido en el numeral 5° del artículo 2º de la Ley 1066 de 2006.

Recuerde que la información suministrada en esta página Web CONSTITUYE CERTIFICADO BDME para efectos de celebrar nuevos acuerdos de pago con otras entidades públicas y goza de valor probatorio según lo establecido en la Ley 527 de 1999, por lo cual la Contaduría General de la Nación no lo expide en forma física.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades públicas. Por tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se puedan derivar del reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hayan suministrado los entes públicos, bajo su responsabilidad exclusiva.

Este documento se generó en la página www.contaduría.gov.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **06/10/2026**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GLORIA NANCY LEMOS VILLADA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52884964**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488401750150** |
| Fecha de apertura | **09/10/2018** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# MEDIPRO IPS

## SALUD OCUPACIONAL

NIT. 830.592.359-3



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL DE INGRESO
(ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR)
TEST DE BOHOBER Y KENDALL
Resoluciones 2349 de 2007 y 3376 de 2008 MPS

Registro/Orden: 300/475
Paciente: GLORIA NANCY LEMOS VILLADA
Empresa: PARTICULAR

Fecha: 01/02/2025
Identificación: 52.884.964
Cargo: AUX. DE ENFERMERIA

SEXO: F
Edad: 43 AÑOS
EPS: COMPENSAR

***TIPO DE EXAMEN REALIZADO:*** *Pre Ocupacional y de aptitud física*
*FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgos a los cuales estará expuesto En el cargo a desempeñar.*

## RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

| | EXAMENES REALIZADOS | RESULTADOS | |
|---|---|---|---|
| 1. | AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN) | SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL | |
| 2. | ESPIROMETRIA (KNUDSON) | SI APLICA | |
| 3. | OPTOMETRIA (25-20) | NORMAL | |
| 4. | CUADRO HEMATICO | SIN ALTERACIONES | |
| 5. | GLICEMIA | SI APLICA | |
| 6. | PERFIL LIPIDO | SI APLICA | |
| 7. | PSICOSOCIAL | NORMAL | |
| 8. | EXAMEN OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA | SIN ALTERACIONES | |
| 9. | MUSCULO ESQUELÉTICO | SIN ALTERACIONES | |
| 10. | VARIABLES FISICAS | PESO: 74 KG | ESTATURA: 1.48 CM |
| 11. | DERMATOLOGICO | NO REACTIVA | |
| 12. | APTITUD DE EQUILIBRIO | SI APLICA | |
| 13. | ELECTROCARDIOGRAMA | SIN ALTERACIONES | |

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | Apto para el cargo | X | |
| 2 | Apto con restricciones: | | |
| 3 | Restringido | | |
| 4 | Aplazado: | | |

## PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ◯ AUDITIVO: ◯ RESPIRATORIO: ◯ CARDIOVASCULAR ◯ PSICOSOCIAL ◯ NINGUNO ◯

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU LABOR, SEGÚN RESULTADOS DE CUESTIONARIO, VALORIZACION MEDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCION N° 3673 de 2008

| SI | NO |
|---|---|
| X | |

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:**
Utilizar los elementos de protección personal – Remisión por nutrición IPS – Sobre PesoUsar Protección Visual durante la jornada laboral
Seguir las recomendaciones estrictamente de medicina ocupacional.

HUELLA INDICE DERECHO

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL:

**FIRMA DEL TRABAJADORC.C.:**

compensar | salud eps

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 07-10-2026

07 OCT 2026

Cód. 675 Andrea Paola Herrera Saavedra
SUJETO A VERIFICACIÓN

## I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado: | 6. Tipo de cotizante: | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | Si [ ] | A. Cotizante [X] | B. Independiente [X] | 59 |
| B. Reporte de Novedades [X] | - Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | No [X] | B. Cabeza de familia [ ] | C. Pensionado [ ] | |
| | B. Colectivo [ ] | | | C. Beneficiario [ ] | | |
| | C. Institucional [ ] | | | D. Afiliado adicional [ ] | | |
| | D. De oficio [ ] | | | | | |

## A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: Lemos | Segundo Apellido: Villada | Primer Nombre: Glaria | Segundo Nombre: Yuncy |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento | 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52884964 | Femenino [X] Masculino [ ] | F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál? | Colombiana | País: Colombia; Departamento: Quindío; Municipio: Genova | 07-03-1981 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI [ ] No [X] Categoría de discapacidad | SI [ ] No [ ] | Nivel [ ] Grupo [ ] | | |

| 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria | 26. Residencia |
|---|---|---|---|
| Porvenir | 1.750.905 | | Calle 67A #18C-35 Sur |

| Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico | Departamento |
|---|---|---|---|
| | 3138205142 | Nancylemos26@Hotmail.com | Bogotá D.C. |

| Municipio | Localidad | Zona |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Ciudad Bolívar | Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ] |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número de documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento | 34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál? | | País / Departamento / Municipio | |

## Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. No. del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | | 40. Sexo Identificación | | | | | | 41. Lugar de nacimiento | | | 42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | Otro | Cuál? | País | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | | 48. Clasificación SISBÉN | | 49. Discapacidad | | | 50. Incapacidad permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO | Nivel | Grupo | SI | NO | Categoría de discapacidad | SI | NO |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | Primer Cuid | | | | 5685 4424 | | | | | | | |

| | 51. Datos de residencia | | | | | | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Departamento | Municipio/ Distrito | Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural disperso | Resto Rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**GLORIA NANCY LEMOS VILLADA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.884.964**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.