Girardot, octubre de 2026

Doctor
CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL DE GIRARDOT"
Gerente
Ciudad

Asunto: Propuesta de Prestación de Servicios

Con el objeto de ofrecer los servicios ofertados por la ESE HOSPITAL DE GIRARDOT

A continuación, presento a su consideración los términos y condiciones referentes a la propuesta, acogiéndome para ello a la necesidad que pretende satisfacer la entidad, desarrollando las siguientes actividades:

OBJETO: AST-108 PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ENFERMERA PROFESIONAL PARA LA DIMENSION DE AMBITO FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC,DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 976-2025 Y EL ANEXO TECNICO PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ENTRE EL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y LA E.S.E. HOSPITAL DE GIRARDOT.

Actividades a realizar:

1. Realizar acompañamiento en el seguimiento de casos de los niños y niñas canalizados por las gestoras de bienestar y el equipo PIC acorde a la clasificación del riesgo y articulando acciones con actores y entes territoriales competentes diligenciando la matriz de canalización efectiva soportando la gestión realizada, realizar los ajustes y seguimientos solicitados por el departamento según los hallazgos de la base survey confirmando la información con las auxiliares de enfermería, anexar evidencia de la gestión, si se evidencia error en diligenciamiento se debe hace plan de mejora.
2. Realizar lista de chequeo y acompañamiento a campo al 100% de las GEBIS * Durante el acompañamiento a campo Realizar monitoreo y evaluación de la canalización realizada en las visitas familiares y realizar plan de mejora y acta de compromiso de acuerdo a los hallazgos encontrados durante el seguimiento.
3. Realizar mensualmente mesas de trabajo para establecer la coordinación con los actores de administración municipal e (IPS, EPS, Secretaria de salud, desarrollo social, Cultura, Gobierno, Servicios Públicos, Ambiente, ICBF, Empresas Privadas, Comisaria de Familia, COMPOS COVE, COVECOM, COPACO, RED DEL BUEN TRATO, CIETI, COMITE DE SPA Y COMITE PAI, para socializar el avance e implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud infantil a nivel municipal y la articulación con diferentes actores en salud y socializar los indicadores de morbimortalidad infantil.
4. Fortalecimiento a redes de apoyo social y comunitario con incorporación y participación en rutas de atención en salud y desarrollo de capacidades alrededor del cuidado y los derechos en salud;

articulando con la oferta definida en el territorio y con las asociaciones de migrantes o venezolanos establecidos en el territorio.

5. Entregar informe mensual con el seguimiento al sistema de información mensual de la atención ejecutada en el componente AIEPI comunitario a través de los instrumentos anexos aplicados a los niños y niñas menores de cinco años y de 6 a 11 años, frente a la calidad (coherencia, oportunidad, pertinencia, continuidad, veracidad, integralidad) * Brindar soporte técnico a las auxiliares de enfermería de los equipos APS, para fortalecer y desarrollar capacidades para la atención integral de las familias (capacitaciones permanentes, planes de mejora) * De acuerdo a la información recibida elaborar el plan de mejoramiento correspondiente y enviar a la Secretaria de Salud en los primeros 5 días de cada mes.
6. Sensibilizar a la comunidad a través de la realización de encuentros pedagógicos sobre respeto de los derechos de niños y niñas de 6 a 11 años.
7. Seguimiento al sistema de información e instrumentos anexos elaborados por el equipo PIC, frente a la calidad (coherencia, oportunidad, pertinencia, continuidad, veracidad, integralidad) Lista de chequeo sistemas de información * Brindar soporte técnico a las auxiliares de enfermería de los equipos APS, para fortalecer y desarrollar capacidades para la atención integral de las familias (capacitaciones permanentes, planes de mejora) según la verificación de la calidad del dato de los formatos.
8. Diligenciamiento y Consolidación de la base de gestantes que suministran las EAPB -IPS y enviar de manera mensual al correo del PIC la gestión realizada por las auxiliares.
9. Realizar monitoreo y evaluación mensual de las condiciones de riesgo de abandono y abandono total de la población adulto mayor, identificadas y canalizadas a través de las visitas familiares en las fichas de caracterización familiar (GEBIS) (APS) Diligenciar matriz de canalización efectiva y anexar evidencia de la gestión realizada.
10. Realizar reporte mensual a la Dimensión Vida Saludable y Condiciones Crónicas no Transmisibles, para el monitoreo a indicadores y metas definidas en los Planes Departamentales de los Test de Findrisk y test de riesgo cardiovascular diligenciados en las fichas familiares instituciones de educación superior y trabajadores informales y población caracterizada para las rutas de atención de cáncer en cérvix, próstata y seno.
11. Realizar la revisión mensual de los informes a entregar por las auxiliares de enfermería verificando cantidad de fichas familiares por ejecutor, tests de findrisk realizados en el hogar, en instituciones de educación superior y trabajadores informales, canalizaciones, demanda inducida etc, verificar las actas las cuales deben tener soporte fotográfico mínimo 2 fotos y listado de asistencia comunitaria, esta revisión se debe hacer antes de la entrega de informes a coordinación PIC.
12. Realizar el consolidado de la matriz de participación social y canalización efectiva de la dimensión de ámbito familiar auxiliares enfermera y médico, de las actividades realizadas por todo el equipo durante los meses de ejecución del contrato.
13. Realizar dos informes de Gestión mensual uno por perfil y otro informe consolidando la información de la dimensión de ámbito familiar, donde se indique acciones desarrolladas, población impactada, obstáculos, indicadores (edad, genero, afiliación a EPS, mencionar población PVC, migrantes, privados de la libertad, discapacitados. etc.). Socializándolo mensualmente ante la dirección de

salud pública y coordinación PIC e informe final de ejecución coherente con matriz de participación social.

DURACION

El plazo para ejecutar las actividades de la propuesta de servicios será de TREINTA (30) DIAS

VALOR DE LA PROPUESTA

El valor de la propuesta de servicios profesionales es por valor de **TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.350.000) M/CTE**

FORMA DE PAGO

La forma de pago sería mes vencido a razón **UN (1) PAGO POR LA SUMA DE TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($3.350.000) M/CTE, De acuerdo al efectivo cumplimiento y acreditación de las entregas pactadas en el anexo técnico No. 1 enfermera para el Programa Ambito familiar del contrato interadministrativo 976-2025 suscrito entre la Alcaldía municipio de Girardot y la ESE. Hospital de Girardot d**espués de la presentación de la respectiva cuenta de cobro, informe de actividades y recibo a satisfacción del supervisor del contrato.

IDONEIDAD

Adjunto a esta oferta de servicios se encuentra mi hoja de vida en la cual se evidencia una experiencia relacionada para efectos de acreditar la experiencia requerida para cumplir eficientemente con el servicio ofrecido.

Declaro que, en caso de suscribirse el contrato, garantizo contar con la disponibilidad de tiempo presencial necesaria para la ejecución oportuna e idónea de las actividades objeto del mismo, en las instalaciones de la ESE HOSPITAL DE GIRARDOT, asegurando la calidad y el cumplimiento de las condiciones del servicio a presta

NAILINI GUZMAN BERNAL
C.C. 65.752.873 DE IBAGUE
Correo: Naguzbe2006@yahoo.es
Dirección: manzana 18 casa 1 Alto Magdalena
Celular: 3239238964
Cundinamarca/

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 65.752.873



Apellidos
GUZMAN BERNAL

Nombres
NAILINI

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
F

Fecha de nacimiento
26 ENE 1970

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
11 DIC 1989, IBAGUE

Firma

Fecha de expiración
25 JUN 2035

.CO

063920385

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

I C C O L 0 6 3 9 2 0 3 8 5 0 2 9 0 0 1 < < < < < < < < < <
7 0 0 1 2 6 8 F 3 5 0 6 2 5 9 C O L 6 5 7 5 2 8 7 3 < < < 1
G U Z M A N < B E R N A L < < N A I L I N I < < < < < < < <

Certificación Bancaria

Jueves, 01 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que NAILINI GUZMAN BERNAL identificado(a) con CC 65752873, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	41100003893	2023-01-26	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

	**DR. JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ** **MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO** **RESOLUCION 1825 DE 27/02/2020 SSD**	**Código**	FHCCE 005
	CERTIFICADO DE ACTITUP OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	**Versión**	2
		Tipo de copia	Controlada
		Vigencia	15-04-2025
		Página	1
PROCESO: CONSULTA EXTERNA			

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRES	NAILILI					**Fecha de nacimiento: 26/01/1970**				
APELLIDOS	GUZMAN BERNAL					**EAPB**	FAMISANAR	**ARL**	SURA	
Tipo Documento	**RC**	**TI**	**CC**	**CE**	**Número Doc.65752873**	Sexo:	FEMENINA		**Edad: 55** años	
Departamento y Municipio: Cundinamarca - Tocaima						**Empresa en Misión:** Hospital Marco Felipe Afanador ESE		**Cargo:** Contratista		

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

CATEGORIA

1. PREOCUPACIONAL	**SI**	**NO**
2. PERIODICO	**SI**	**NO**
3. RETIRO	**SI**	**NO**
4. REUBICACION	**SI**	**NO**
5. REINTEGRO LABORAL	**SI**	**NO**
6. POST INCAPACIDAD	**SI**	**NO**
7. OTRO	**SI**	**NO**

APTITUD OCAPACIONAL (INGRESO)

El examen médico no presenta defectos ni patología	**XXXX**
Al examen Médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

PRESENTA RESTRICCIONES		**CONCEPTO DE APTITUD**	
SI		**APTO**	**XXX**
NO	XXX	**POSTERGADO**	

Observaciones: NINGUNA

DX CIE -10	Z100

OBSERVACIONES: DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 10 MINUTOS POR HORA LABORADA; IMPORTANTE PROTECCION DE TAPABOCAS, LAVADO DEMANOS CADA 3 HORAS, DISTANCIAMIENTO DE MÍNIMO METOR 1.5 MTS, SE ORDENA SEGUMIENTO POR MEDICINA GENERAL TOMA DE PERFIL LIPIDO GLUCOSA BASAL, SEGUMIENTO POR NUTRICION EN 6 MESES, REFORZAR HIGIENE POSTURAL

DATOS DE QUIEN GENERA EL CERTIFICADO

NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL: JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ

ESPECIALIDAD: Médico Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo. SST

FIRMA Y REGISTRO MÉDICO/TARJETA PROFESIONAL 90053 DE 2008	**LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL No 1825 DE 2020 Secretaria de Salud Distrital de Bogotá DC**

FECHA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Enero 22 DE 2026 Hora: 17:40

Firma de evaluada Jaime J. Berto Pulgarin G. Especialista en Gerencia SST Registro Medico 90053-08 Resol. 1825/2020 SSD	**Firma de Paciente:** **Tipo No de Identificación: 65752873**

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo con la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

FLANDES - TOLIMA
CELULAR 315-8355343
E-mail: jaimepulgarinmd@gmail.com



3325

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-05--11:08:06 AM

CC	65752873	NAILINI	GUZMAN	BERNAL	Vigente	Ver

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) NAILINI GUZMAN BERNAL identificado(a) con CC 65752873 registra La siguiente información:

2026-10-05--11:08:06 AM

Información Académica

UNV	Local	Enfermería	2013-06-12	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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 Humano en Salud (ReTHUS).

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	2026-10-05 15:05

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NAILINI		GUZMAN	BERNAL

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	65752873

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	RICAURTE

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 DE GIRARDOT

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	GIRARDOT

Dirección	["Carrera 5 Calle 22 Barrio Centro"]
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	$25.740.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.180.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$27.920.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WILLIAM	FERNANDO	FIGUEREDO	MEDINA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 79719715

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:

Gobernación de CUNDINAMARCA

f/CundinamarcaGob t@CundinamarcaGob

Construye paz

RESOLUCIÓN No. 25-2592

16 DE MAYO DE 2014

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos 3134 de diciembre 20 de 1956, Decreto 1875 de agosto 03 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud y Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que ***NAILINI GUZMAN BERNAL***, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***65752873 expedida en IBAGUE - TOLIMA***, ha solicitado inscripción para ejercer como ***ENFERMERO*** en el Departamento de Cundinamarca, de acuerdo a **título** que le otorgó ***LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA EN IBAGUE,*** **según** ***ACTA DE GRADO 3 DE FECHA 18 DE DICIEMBRE DE 1998.***

Que dicho **título** se encuentra debidamente registrado en ***LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA EN IBAGUE,*** **obrando** ***AL FOLIO 266 LIBRO 5 REGISTRO 16913 DE FECHA DICIEMBRE 18 DE 1998.***

Que ***NAILINI GUZMAN BERNAL***, se encuentra autorizado(a) para ejercer la profesión como ***ENFERMERO*** en el Territorio Nacional, mediante Resolución **No.** ***73-439 DE FECHA 11 DE NOVIEMBRE DE 2000 EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA.***

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a ***NAILINI GUZMAN BERNAL,*** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***65752873*** **expedida en** ***IBAGUE - TOLIMA,*** para ejercer la profesión como ***ENFERMERO*** en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a ***16 DE MAYO DE 2014***

LILIANA SOFÍA CEPEDA AMARIS
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Gabriel E. Tejeiro H.
Reviso: J.C.Z.

BOGOTA D.C. 13 enero /2015
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Nailini Guzman B.
CC No. 6575.573
FIRMA

No. 35405

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 35155 de JUNIO 12 DE 2013
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, NAILINI GUZMAN BERNAL Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 65.752.873, expedida en IBAGUE, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaria de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en el Acta Número 534 del 12 de JUNIO de 2013.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a NAILINI GUZMAN BERNAL, egresada(o) de la UNIVERSIDAD DEL TOLIMA de IBAGUE, el 18 del mes DICIEMBRE de 1998, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 35155, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 12 días del mes de JUNIO de 2013.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD

INSCRIPCION PROFESIONAL



No. 279/2000-73439/2000

Nombre NAILINI GUZMAN BERNAL

[X] C.C. [ ] C.E. No. 65.752.873

REGISTRO PROFESIONAL

No. 73-439 Fecha 11/07/2000

Hacemos constar que:

NAILINI GUZMAN BERNAL

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

ENFERMERO

MARTHA BEATRIZ DIAZ LOZANO
Secretario de Salud

MILVER ROJAS
Subsecretario Desarrollo Institucional

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE NAILINI GUZMAN BERNAL
C.C. 65.752.873 IBAGUE
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
RUN No. 35155
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 12/JUN/2013 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

Personería de Bogotá, D. C.
Antecedentes
Disciplinarios

CERTIFICADO ESPECIAL No. 8666391

Bogotá D.C., 1 de octubre de 2026 - 03:44 pm

Código de verificación: **8666391DYRWK_F6GYD_74238**

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) **NAILINI GUZMAN BERNAL,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **65752873** de IBAGUE

(SESENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES)

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

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, NAILINI GUZMAN BERNAL, con CC No. 65752873, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 1 de octubre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Carrera 13A N° 106A - 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 - Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com / trienfer@gmail.com

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
Guzman	Bernal	Nailini

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 65752873	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 65752873 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES 12 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 10B NORTE 10C 29 NORTE ALTO MAGDALENA MANZANA 18 CASA 1

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO RICAURTE

TELÉFONO EMAIL naguzbe2006@yahoo.es

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	1990
										X				

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	11	X		ENFERMERIA	11	1998	35155

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3053808452	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	12	Año 2024	Día	03	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITORA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - AUDITORIA					DIRECCIÓN CARRERA 74B BIS B NORTE 74B 52 NORTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES EN CLINICA SAN RAFAEL DUMIAN GIRARDOT			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3053808452	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	11	Año 2023	Día	25	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITORA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - AUDITORIA					DIRECCIÓN CARRERA 74B BIS B NORTE 52A 69 NORTE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASMET SALUD EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6827424	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	07	*Año* 2019	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AIUDITOR DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITORA CUENTA MEDICAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 4D D NORTE 35D 25 NORTE BARRIO CADIZ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GIRARDOT					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7424232	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	05	*Año* 2014	*Día*	07	*Mes*	01	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 32A A NORTE 19A 25 NORTE BOGOTA						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 1 de octubre 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	NAILINI GUZMAN BERNAL
Nombre abreviado	NAILINI GUZMAN BERNAL
Fecha de creación	2/02/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	65752873
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Otro
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Cundinamarca
Municipio	Girardot

Información de contacto

Dirección	MANZANA 18 CASA NUMERO 1 ALTO MAGDALENA RICAURTE CUNDINAMARCA
Código postal	252410
Teléfono de oficina	3027017050
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	williamfernandoarq@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	williamfernandoarq@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	NAILINI GUZMAN BERNAL
Cargo	

Teléfono

Móvil 3027017050

Fax

Correo electrónico naguzbe2006@yahoo.es

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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	2026-02-02 19:17

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NAILINI		GUZMAN	BERNAL

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	65752873

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	RICAURTE

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 DE GIRARDOT ✓

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	GIRARDOT
Dirección	["Carrera 5 Calle 22 Barrio Centro"]				
Cargo o función que cumple					

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	$25.740.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.180.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$27.920.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WILLIAM	FERNANDO	FIGUEREDO	MEDINA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 79719715

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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14900137153

(415)7707212489984(8020) 000001490013715 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 5 7 5 2 8 7 3	6	Impuestos y Aduanas de Girardot	8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 5 2 8 7 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca	2 5	Ricaurte	6 1 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	BERNAL	NAILINI	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
OLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca	2 5	Ricaurte	6 1 2

41. Dirección principal
CONJ ALTO MAGDALENA MZ 18 CA UNO

42. Correo electrónico naguzbe2006@yahoo.es

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2 0																									

20- Obtención NIT

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 2023-03-02 / 10:43:29AM

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 GUZMAN BERNAL NAILINI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Comfenalco

Ibagué - Tolima

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 9152 del 1o. de Diciembre de 1975

Confiere a

Nailini Guzmán Bernal

Identificado(a) con c.c. No. 65.752.873 Expedida en Ibagué

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Ibagué, 7 de diciembre de 1990

Anotado al folio 167 Libro de Registro No. 10

Secretario de Educación

Dado en Ibagué, a 3 de Junio de 1991

Institución: EDUCATIVA "AUGUSTO E. MEDINA" DE COMFENALCO

Dirección: CALLE 14 No. 7 - 53 BARRIO PUEBLO NUEVO

Teléfono: 2 61 10 03 Jornada: MAÑANA

Inscripción S.E.: 331056 Inscripción Dane: 373001000650

Acta Individual de Graduación

Acta de Grado No. 001 Folio No. 16

En IBAGUE a los 07 días del mes de DICIEMBRE del año 1990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) de la Institución: EDUCATIVA "AUGUSTO E. MEDINA " DE COMFENALCO autorizada por: LA SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DEL DEPARTAMENTO según Resolución No.: 0581 DEL 09 DE AGOSTO DE 2001

Para otorgar el título de: BACHILLER

Modalidad: ACADEMICO

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de Bachiller, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

GUZMAN BERNAL NAILINI
C.C. No. 65.752.873 DE IBAGUE, TOLIMA

Para constancia se firma en, IBAGUE a los 27 días del mes de JULIO de 2006.

Rector(a)
C.C. 14.213.851 DE IBAGUE

Secretario (a)
C.C. 38.237.250 DE IBAGUE

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TITULO DE

Enfermero

A

Nailini Guzmán Bernal

C.C. No. 65.752.873 expedida en Ibagué (Tol.)

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Diciembre 18 de 1998

El Decano de la Facultad

EXENTO Registro Dpto.
Artículo 62 Dec. Nal 2150/95

El Rector de la Universidad

El Secretario General

Universidad del Tolima
Libro de Registro No. 5
Folio No. 266
Registro No. 16913

16887

ACTA DE GRADO NUMERO 3

Registro No.16913. Folio No.266. Libro No. 5

En Ibagué, a las 7:00 de la noche del viernes 18 de diciembre de 1998, se reunieron en el Aula Múltiple de la Universidad del Tolima, presididos por el Doctor ISRAEL LOZANO MARTINEZ Rector, el Doctor JESUS RAMON RIVERA BULLA, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y El Doctor HECTOR VILLARRAGA SARMIENTO, Secretario General de la Universidad, con el objeto de proceder a la graduacion de Guzmán Bernal Nailini , documento de identidad C.C No. 65.752.873 expedido en IBAGUÉ (TOL.) como Enfermero.

El graduando presentó el trabajo de grado titulado : PROPUESTA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DE EBFERMERíA NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA E.S.E. PURIFICACIÓN-TOLIMA 1998.
Calificación : APROBADO

El señor Rector le recibió el juramento y le entrego el titulo que lo acredita como Enfermero.

A las 9:00 del(a) noche se dió por terminada la ceremonia de grado.

El secretario General leyó la presente acta la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR,
(Fdo.)ISRAEL LOZANO MARTINEZ

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD,
(Fdo.) JESUS RAMON RIVERA BULLA

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD,
(Fdo.) HECTOR VILLARRAGA SARMIENTO

HECTOR VILLARRAGA SARMIENTO
Secretario General

Es copia,
Ibague, 18 de diciembre de 1998

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-26
Fecha de vencimiento: 2028-01-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-22
Fecha de vencimiento: 2028-01-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-23
Fecha de vencimiento: 2028-01-23

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-27
Fecha de vencimiento: 2028-01-27

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Programa Ampliado de Inmunización - PAI con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-29
Fecha de vencimiento: 2028-01-29

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH y Sifilis, con Enfoque Diferencial
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-23
Fecha de vencimiento: 2028-01-23

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-30
Fecha de vencimiento: 2028-01-30

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el CURSO INTERVENCIÓN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL(ETS): Intervención, Tratamiento y Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual con un total de 160 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-23
Fecha de vencimiento: 2028-01-23

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Nailini Guzman Bernal

CC 65752873 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral y Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 40 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-27
Fecha de vencimiento: 2028-01-27

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

AGM salud c.t.a

NIT: 900267502-7

108-17

EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO "AGM SALUD C. T. A"

CERTIFICA QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) ***GUZMAN BERNAL NAILINI*** *identificado con cedula de ciudadanía* ***No 65752873*** *me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) fue Asociado en* ***AGM SALUD C.T.A.*** *desde el* ***21 DE MAYO DEL 2014 AL 7 DE JUNIO DEL 2017,*** *donde realizo Contribución de Trabajo como* ***AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS,*** *en la sede* ***NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN.***

El señor(a) ***GUZMAN BERNAL NAILINI*** *Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estuvieron regulados por la ley 79 de 1998, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, los regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.*

La vinculación del asociado fue por tiempo indefinido sin prejuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

La presente constancia se expide a petición del asociado a los VEINTISIETE (27) días del mes de JUNIO DE 2017.

Cualquier información adicional con gusto será atendida.

Cordialmente,

MANUEL LEONARDO CASTAÑEDA LOPEZ
JEFE DE OFICINA AGM SALUD CTA

REY EDISON MOSQUERA GUERRERO, identificado con cédula de ciudadanía No. 16778362, quien obra en calidad de Coordinador Administrativo Talento Humano de ASMET SALUD EPS S.A.S. con NIT 900.935.126-7, con personería jurídica No. 154868 del 16 de diciembre del 2015.

HACE CONSTAR QUE:

NAILINI GUZMAN BERNAL, con la cédula de ciudadanía N° 65752873, tuvo un contrato de INDEFINIDO con ASMET SALUD EPS S.A.S. identificada con el Nit: 900.935.126-7 desde el 25 de julio de 2019 hasta el 18 de diciembre de 2022 desempeñando el cargo de PROFESIONAL JUNIOR CUENTAS MEDICAS Y RECOBRO DPTAL de la sede TOLIMA.

Motivo del retiro: **Renuncia voluntaria**

Para constancia se firma en Popayán, a los diesiocho (18) días del mes de diciembre de 2022.

REY EDISON MOSQUERA GUERRERO
Coordinador Administrativo Talento Humano

Número telefónico para confirmaciones:
(602) 827 42 42 o al correo electrónico certificacioneslaborales@asmetsalud.com

ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS
ACTISAS NIT. 900.978.700-1



MODIFICADO 7/06/2019

CERTIFICACION

Que el señor **NAILINI GUZMAN BERNAL** identificado con Cedula de Ciudadanía número **65752873**, labora(o) en nuestra compañía a partir del **miércoles, 15 de noviembre de 2023** hasta el **viernes, 25 de octubre de 2024**, mediante un contrato de trabajo por el término que dure la **OBRA O LABOR**, desempeñándose en el cargo de **ENFERMERO(A) JEFE AUDITOR(A)** con una asignación mensual de **$ 2.600.000** y por **OTROS CONCEPTOS**, auxilios no constitutivos de salario, Un valor de **$500000.**

FUNCIONES

- **1. Cumplir con todas las normas, políticas, reglamento interno y manual de calidad establecidas por la institucion.**
- **2. Participar activamente en la ejecución de los planes operativos coordinados por el jefe inmediato.**
- **3. Contribuir directamente con el uso eficiente de los recursos técnicos, físicos y/o financieros asignados.**
- **4. Evaluarla calidad de las historias clinicas y registros clinicos y reportar a coordinacion medica los hallazgos para su ajuste**
- **5.Verificar derechos de pacientes ingresados como PGP.**
- **6.Seguimiento alas cuentas paragarantizar que facturacion deje en estado cuadradotodos los egresos del PGP**
- **7.Verificacion diaria de autorizaciones cuentas NO PGP y generar reportes.**
- **"8.Verificacion de la totalidad de las cuentas correspondientes a**

Hemodinamia,Gastro y Banco de sangre asegurando que todos los servicios sean cargadosa la cuenta con sus soportes.

- "
- 9.Verificacion de prefacturas para garantizar que todos los servicios prestados esten soportados,y cuenten con documentos requeridos según anexo 5
- 10.Verificacion de la totalidad de ingresos por accidente de transito,teniendo en cuenta racionalidad,pertinencia y oportunidad.
- 11.Asistir a las reuniones programadas en la organización.
- 12. Garantizar el trabajo en equipo
- 13.Velar por el orden y buen comportamiento del personal
- 14.Conocer y aplicar el proceso del Sistema de Gestión de la Calidad (manual de calidad, producto no conforme y acciones de mejora) del proceso.
- 15. Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato y que corresponda al objetivo del cargo.

1. Cumplir con todas las normas, políticas, reglamento interno y manual de calidad establecidas por la institucion.

2. Participar activamente en la ejecución de los planes operativos coordinados por el jefe inmediato.

3. Contribuir directamente con el uso eficiente de los recursos técnicos, físicos y/o financieros asignados.

4. Evaluarla calidad de las historias clinicas y registros clinicos y reportar a coordinacion medica los hallazgos para su ajuste

5.Verificar derechos de pacientes ingresados como PGP.

6.Seguimiento alas cuentas paragarantizar que facturacion deje en estado cuadradotodos los egresos del PGP

7.Verificacion diaria de autorizaciones cuentas NO PGP y generar reportes.
"8.Verificacion de la totalidad de las cuentas correspondientes a Hemodinamia,Gastro y Banco de sangre asegurando que todos los servicios sean cargadosa la cuenta con sus soportes.
"
9.Verificacion de prefacturas para garantizar que todos los servicios prestados esten soportados,y cuenten con documentos requeridos según anexo 5
10.Verificacion de la totalidad de ingresos por accidente de transito,teniendo en cuenta racionalidad,pertinencia y oportunidad.

11.Asistir a las reuniones programadas en la organización.

12. Garantizar el trabajo en equipo

13.Velar por el orden y buen comportamiento del personal

14.Conocer y aplicar el proceso del Sistema de Gestión de la Calidad (manual de calidad, producto no conforme y acciones de mejora) del proceso.
15. Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato y que corresponda al objetivo del cargo.

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los **viernes, 25 de octubre de 2024.**

Atentamente,

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304082640

PIB
12:34:35

Bogotá DC, 01 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) NAILINI GUZMAN BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65752873:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:39:24 PM horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65752873**

Apellidos y Nombres: **GUZMAN BERNAL NAILINI**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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 jueves 01 de octubre de 2026, a las 15:47:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65752873
Código de Verificación	65752873261001154758

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

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, 05/10/2026 02:24:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **65752873** y Nombre: **NAILINI GUZMAN BERNAL.**

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. **148993737** . 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

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 14:23:16 horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **65752873,** Apellidos y Nombres **GUZMAN BERNAL NAILINI**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE GIRARDOT** , con NIT **900290890-6** 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 65752873 **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 01/10/2026 03:55 PM

Código Verificación: **F81G6UQ975**

Válida hasta: **01/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NAILINI GUZMAN BERNAL identificado(a) con CC. 65752873 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2018/03/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 01 días del mes de 10 del año 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NAILINI GUZMAN BERNAL, identificado(a) con C.C 65.752.873, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 01 de octubre de 2026.

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

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

C&R

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

ARL | sura

Medellín, 02 de octubre de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que NAILINI GUZMAN BERNAL identificado(a) con C65752873 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C657528732627522708

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunión o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autoriz.s.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Nailini

Apellidos: Guzman Bernal

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

Número de documento: 65752873

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 01 Año 1975

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | **Minsalud**

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Nailini

Apellidos: Guzman Bernd

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

No. 65752.873

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 01 Año 1970

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Nailini

Apellidos: Guzman Bernal

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 65752873

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 01 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	15-3-16	00522	Angelico O
Fiebre Amarilla	Única	22-9-20	5922921	[illegible] 5215
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
[illegible]	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	29/05/2023	230049	HSRE Victoria
	Anual			
COVID-19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	04.06.21	Pfizer.	FA5843	Sinergia.	Mayra Montealegre	1110462241
	2	2-7-21	Pfizer	E40579	Sinergia.	Mayerly Rocío García O. C.C. 1.110.491.340 T.I. 2770 Auxiliar de Enfermería	
		A01-22	Astrazeneca	78037	USI-EI	Ana María López C. C.C. 1.005.815.185 AUX. DE ENFERMERIA	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1		boostrix™ LOT/EXP AC37[illegible]BAA 09-2016	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	15-3-16	D[illegible]	yamile
	2	22-4-16		Lina
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-3-16		Lina
	2	22-4-16		yamile
	3	21-8-16		yamile
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	231	23-V-16		yamile
Virus de Papiloma Humano				

ACTA DE INICIO

CONTRATO:	2026-185
CONTRATISTA:	NAILINI GUZMAN BERNAL C.C. 65.752.873 de IBAGUE
OBJETO:	ASTC -108 PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ENFERMERA PROFESIONAL PARA LA DIMENSION DE AMBITO FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC,DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 976-2025 Y EL ANEXO TECNICO PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ENTRE EL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y LA E.S.E. HOSPITAL DE GIRARDOT.
VALOR:	VEINTISEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($26.800.000)M/CTE
PLAZO DE EJECUCION:	DOSCIENTOS DIECIOCHO (218) DIAS
FECHA DE INICIO	once (11) de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACION	diecisiete (17) de septiembre de 2026

En la fecha indicada, se reunieron en la Oficina de la E.S.E. HOSPITAL DE GIRARDOT, la Dr(a) ELIANA GOMEZ RIOS, en su calidad de COORDINADORA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS de la Entidad, designado(a) como apoyo para la supervisión del **Contrato 2026-185** por la Gerente (D) de la Empresa Social del Estado "Hospital de Girardot", y la señor **NAILINI GUZMAN BERNAL**, en calidad de Contratista, para dar inicio a la ejecución del contrato a partir de la suscripción de la presente acta de inicio, estableciendo los términos y condiciones para su ejecución dentro del marco de las obligaciones contenidas en el mismo.

En constancia se firma en la ciudad de Girardot, el once (11) de febrero de 2026

EL (LA) SUPERVISOR (A)	EL (LA) CONTRATISTA
ELIANA GOMEZ RIOS **DESIGNADO APOYO DE SUPERVISION**	NAILINI GUZMAN BERNAL C.C. No. 65.752.873 de IBAGUE

Digitó	Rocio Ximena Trujillo Mancilla	Contratista ESHG	
Revisó	Linda Mónica Carranza Peña	Abogada - Contratista ESHG	

COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

El (la) suscrito (a) **NAILINI GUZMAN BERNAL,** identificado(a) con **cédula** de ciudadanía No 65.752.873 de IBAGUE Domiciliado en Ricaurte en adelante se denominará el **CONTRATISTA,** manifiesto la voluntad de asumir el presente **COMPROMISO DE TRANSPARENCIA,** teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT**, adelanta un proceso de contratación que tiene por objeto:

2. **ASTC- 108 PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ENFREMERAPROFESIONAL PARA LA DIMENSION DE AMBITO FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC**

3. Que el **CONTRATISTA** tiene interés en apoyar la acción del Estado Colombiano y de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT, en la implementación de mecanismos y normas para el fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y en la lucha contra la corrupción.

4. Que el **CONTRATISTA** tiene interés en el presente proceso de Contratación, y se encuentra dispuesto a suministrar la información necesaria para la transparencia del proceso y, en tal sentido, realiza las siguientes manifestaciones y compromisos.

DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

PRIMERA: Declaro no encontrarme incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad prevista en la Constitución Política ni en la ley, así como no tener sanción vigente por la trasgresión de alguna de ellas, para contratar con Entidades Públicas.

SEGUNDA: Declaro que toda la información que suministré durante el proceso contractual y en la ejecución del contrato si me es adjudicado, es cierta.

TERCERA: Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, no he dado, ni daré, directa ni indirectamente, dádiva o beneficio para obtener una decisión a mi favor o ventaja impropia.

CUARTA: Declaro que la propuesta presentada es seria y económicamente ajustada a la realidad, que asegura la posibilidad de ejecutar el objeto del presente contrato en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el Estudio de Convivencia y Oportunidad.

QUINTA: Declaro públicamente que conozco y acepto las reglas establecidas para el presente contrato, las modificaciones, adendas, así como las aclaraciones que se realizaron en el mismo, en condiciones de transparencia, equidad e igualdad.

COMPROMISOS

PRIMERO: CONTRATISTA. Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Constitución o en la Ley, me comprometo a manifestarla a la entidad y me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT y, si ello no fuere posible, renunciaré a la ejecución del mismo de conformidad con lo previsto en el artículo 9º de la Ley 80 de 1993.

SEGUNDO: CONTRATISTA. Me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de

principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el contrato.

TERCERO: CONTRATISTA. Me comprometo a suministrar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT, cualquier información sobre actos de corrupción, soborno, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento.

CUARTO: CONTRATISTA. Me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y los términos en general, previstos en el contrato.

QUINTO: CONTRATISTA - ENTIDAD. Nos comprometemos a desarrollar todas nuestras actividades en el marco de principios éticos y a asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con el presente contrato.

SEXTO: Entidad. Me comprometo a ser objetivo y a tratar con igualdad a todos los contratistas.

SÉPTIMO: Entidad. Me comprometo a responder y a publicar las respuestas a las observaciones realizadas por todos los participantes.

OCTAVO: Entidad. Me comprometo a rechazar y a denunciar cualquier dádiva u ofrecimiento hecho directa o indirectamente por algún participante o persona interesada en el proceso contractual.

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de mis compromisos y declaraciones incorporadas en el presente documento, suscribo el presente documento en **GIRARDOT, CUNDINAMARCA** del mes de septiembre de 2026.

EL CONTRATISTA



NAILINI GUZMAN BERNAL.
C.C. No 65.752.873 de Ibagué

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DE
–GIRARDOT–

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en los Decretos 1377 de 2013 y 1074 de 2015, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT de lo siguiente:

1. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme lo dispone las normas vigentes que rigen esta materia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: OBTENER SOPORTES DOCUMENTALES QUE PERMITAN ADELANTAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS PARTES (CONTRATISTA – ENTIDAD).

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Entidad y observando las normas vigentes sobre protección de datos personales.

6. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT para tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

10. Manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a la EMPRESA SOCIAL DEL

ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Se firma en el municipio de Girardot 1 octubre de 2026

Firma : _____

Nombre: Nailini Guzmán Bernal

Identificación: C.C. 65.752.873 de Ibagué

DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Girardot, octubre 1 de 2026

Señores:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT
Girardot - Cundinamarca

Asunto: Declaración de ausencia de inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

El/la suscrito/a **NAILINI GUZMAN BERNAL**, identificado/a con cédula de ciudadanía **N° 65.752873** de Ibagué cuando en nombre propio declaro bajo la gravedad del juramento, de forma libre, espontánea y consciente, que el abajo firmante, no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses y/o prohibición, de las señaladas en la Constitución Política y en la Ley, especialmente:

1- Estar incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con entidades públicas de conformidad con lo establecido en la constitución y las leyes.

2- Estar incurso en cualquiera de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que trata el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

3- Estar incurso el suscrito o la sociedad que represento, en alguna de las causales de inhabilidad por incumplimiento reiterado, que genere la imposición de multas o declaratoria de incumplimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la ley 1474 de 2011 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

4- No tener conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo con las obligaciones de familia. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 6° de la Ley 311 de 1996.

5- No haber desempeñado el suscrito o alguno de los socios o accionistas de la compañía, funciones públicas al interior de la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, dentro de los dos años anteriores a la fecha de la presentación de la propuesta, o estar desempeñando cargo público en la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, ni en ninguna otra institución del Estado.

6- No soy cónyuge o compañero(a) permanente con servidores públicos del nivel directivo, asesor o de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, ni tengo parentesco con ellos dentro del primer y segundo grado de consanguinidad, afinidad o civil

7- No me encuentro relacionado en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas Listas OFAC, Lista Clinton o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para trámite de contratación.

Atentamente,

Nombre: NAILINI GUZMAN BERNAL
C.C.: 65.752.873 de Ibagué
Dirección y teléfono: manzana 18 casa 1 Alto Magdalena