	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 1	CÓDIGO: FR-RH-97	
	DOCUMENTOS DE PROVEEDOR PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN.	FECHA VIGENCIA 2024/06/21	DOCUMENTO CONTROLADO	META

NOMBRE:_____ OCUPACION_____ PROGRAMA:_____

No.	DOCUMENTOS PROVEEDOR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Propuesta			
2	Formato único hoja de vida de la función pública. SIGEP II	X		
3	Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés	X		
4	Copia documento de identificación. (copia de ambas caras legibles)	X		
5	Foto Reciente 3 x 4, en físico o digital	X		
6	Soportes que acreditan la formación académica consignada en la hoja de vida. (Diploma y Acta de	X		
7	Soportes que acreditan la experiencia consignada en la hoja de vida.	X		
8	Copia del Registro Unico Tributario RUT. (Vigente)	X		
9	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años), este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	N/A		
10	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (No mayor a 30 días)	X		
11	Certificado afiliación sistema de salud, planilla afiliación o copia de ADRES, como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliación a pensión - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
12	Certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
13	Certificado de antecedentes fiscales, expedido por Contraloría General de la República - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
14	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
15	Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, RNMC - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
16	Certificación de antecedentes de delitos sexuales, expedido por la Policía Nacional de Colombia, Decreto No.753 de 2019 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
17	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente, Ley 2097 del 2 de julio del 2021 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
18	Declaración SARLAFT – Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
19	Certificación de Compromiso de Seguridad y Confidencialidad - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
20	Certificado médico de salud ocupacional legible, expedición no mayor a un (1) año – Area de la Salud / No mayor a dos (2) años - Administrativos	X		
21	Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Médicos certificación del Tribunal Nacional de Ética Médica)			
22	Tarjeta profesional legible	X		
	DOCUMENTOS ADICIONALES			
23	Certificado en Atención Integral en Víctimas de Violencia Sexual – (Personal Asistencial)			
24	Carnet de Vacunación que incluya vacuna fiebre amarilla y Hepatitis B - (Personal Asistencial)			
25	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud – RETHUS (Si aplica)			
26	Póliza Responsabilidad Civil. (Médicos y especialistas - 200 SMMLV) - (Enfermero, Odontólogo, Bacteriólogo - 100 SMMLV)			
27	Diagnóstico y manejo clínico de dengue (OPS). (Si aplica)			
28	Humanización del Servicio. (Si aplica)			
29	Certificación Regantes, expedida por la Secretaría de Salud del Meta. (Si aplica)			
30	Servicio al ciudadano – Certificado de Competencias Laborales. (Si aplica)			
31	Carnet Vacunas - Covid -19. (Si aplica)			
32	Curso en Alturas. (Si aplica)			
33	Certificación del curso de Enfoque Psicosocial para la atención integral en Salud de población Víctima del conflicto armado - PAPSIVI, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social o una entidad certificada en formación académica.			
	MEDICO			
34	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.			
35	Constancia de asistencia en las acciones de formacion continua para la gestion del duelo.			
36	Constancia de formacion continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
37	Certificado de Donación de órganos.			
38	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT.			
	ENFERMERA/O (Los nueve (9) cursos) / AUXILIAR DE ENFERMERÍA (Numerales 39, 40, 41, 42,43)			
39	Certificación en Programa Ampliado de Inmunización PAI.			
40	Toma de Citología.			
41	Soporte Vital Avanzado 40 horas - Enfermera / Soporte Vital Básico 20 horas – Auxiliar de enfermería.			
42	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			
43	Constancia de formacion continua en la atencion a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
44	Manejo del dolor y cuidados paliativos.			
45	Asesoría de VIH.			
46	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT			
47	Retiro e inserción de implantes.			
	ODONTOLÓGO / TÉCNICO EN RADIOLOGÍA			
48	Curso en Radio Protección			
49	Otros			

NOTA 1: Las certificaciones que acreditan los cursos requeridos, debe tener vigencia no mayor a dos (2) años. Los documentos se deben aportar en una Carpeta cuatro aletas desoficiada, color blanco.

NOTA 2: El proveedor debe estar registrado en la Plataforma Transaccional del Sistema Electrónico de Contratación público - SECOP II y en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos – SIGEP II.

Los documentos de proveedor mencionados aplica para los Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, auxiliares administrativos y auxiliares de mantenimiento, del área Asistencial y Administrativa de La Empresa Social del Estado del Departamento de Meta - E.S.E "SOLUCIÓN SALUD"

FIRMA QUIEN RECIBE:_____ FECHA:_____

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3136060867	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: "TECNICO ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA: "GERENCIA"						DIRECCIÓN: CALLE 37A 28 53 Barrio Barzal Alto					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA ADMINISTRATIVA	DEPENDENCIA: DESPACHO GERENCIA						DIRECCIÓN: CARRERA 45A 10B 59 BARRIO BARZAL ALTO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086817901	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 BARRIO BARZAL					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ROTATORIO DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	04	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL DELEGADA ELECTORAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE VIGILANCIA Y ELECCION						*DIRECCIÓN* AVENIDA 40 23 75					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	26	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1009 - PROMOTOR SOCIAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1009 - PROMOTOR SOCIAL	*DEPENDENCIA* CULTURA (INSTITUTO DE CULTURA)						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	17	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION AEROPUERTO VANG						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	06	*Año*	2017	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PASANTE	*DEPENDENCIA* AREA ATENCION AL AFILIADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 44 33B 51 BARRIO BARZAL					

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	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	6
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 12-11-2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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	2026-11-18 15:17

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BRISA	FERNANDA	LEMA	MORENO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121891009

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Dirección	["Calle 37 No. 41 - 80"]
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 2024 fueron:

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 [ ]

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

NUMERO **1.121.891.009**

LEMA MORENO

APELLIDOS

BRISA FERNANDA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-AGO-2010 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO 1

P-5200100-00258831-F-1121091009-20101005 0024260795A 1 34847306

La República de Colombia

y en su nombre el

Gimnasio Pedagógico del Meta

Villavicencio (Meta)

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental
Según Resolucion No. 776 del 05 de Octubre de 1999 y
Resolución 1626 del 18 de Noviembre de 2010

Confiere a:

Brisa Fernanda Lema Moreno

C.C. 1.121.891.009 de Villavicencio

El Título de:

Bachiller Académico

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

Rector(a)

Secretario(a)

Dado en Villavicencio a 03 de Diciembre de 2011

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Fisx

Acta de Grado

GIMNASIO PEDAGÓGICO DEL META

VILLAVICENCIO (META)

En la ciudad de Villavicencio (Meta), a los Tres (03) días del mes de Diciembre del año 2011, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la rectoría del **GIMNASIO PEDAGÓGICO DEL META.** Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y aprobada por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el título de Bachiller Académico según Resolución No. 776 del 05 de Octubre de 1999 y Resolución 1626 del 18 de Noviembre de 2010.

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

BACHILLER ACADÉMICO

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

LEMA MORENO BRISA FERNANDA
C.C. 1.121.891.009 de VILLAVICENCIO

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 018 de fecha 03/12/2011 que consta de 31 estudiantes, que comienza con el nombre de **AGUIRRE BELTRÁN VALERIA** y cierra con el nombre de **VILLAMARIN URREGO ADRIANA ELISED.**

Firmada y Sellada por **MGTER. ANGÉLICA RODRÍGUEZ** (Rectora) y **CAROLINA PULIDO MEDINA** (Secretaria).

Dada en Villavicencio (Meta), a los Tres (03) días, del mes de Diciembre del año 2011.

Firmada y Sellada

MGTER. ANGÉLICA RODRÍGUEZ
C.C. 41.781.579 de Bogotá
Rectora

CAROLINA PULIDO MEDINA
C.C. 40.340.423 de Villavicencio
Secretaria

REGIONAL META
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 33113794 - 06/03/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: BRISA FERNANDA LEMA MORENO, Con Cedula de Ciudadania No. 1.121.891.009

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE LA PROPIEDAD HORIZONTAL

En constancia de lo anterior se firma la presente en Villavicencio, a los seis (6) días del mes de marzo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
Subdirector (e) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001106786CC1121891009A.

SENA

REGIONAL META

EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

CERTIFICA

Que BRISA FERNANDA LEMA MORENO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.121.891.009 de Villavicencio, realizó y aprobó el programa de TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE LA PROPIEDAD HORIZONTAL con las siguientes evaluaciones e intensidad horaria:

Itinerario	EVAL	I.H.
COMPRENDER TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA	4.0 A	180
CONTABILIZAR OPERACIONES DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES Y LAS POLÍTICAS ORGANIZACIONALES.	4.0 A	160
CONTRATAR PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA LA PROPIEDAD HORIZONTAL DE ACUERDO CON NORMAS Y LEGISLACIÓN VIGENTES.	4.0 A	200
DESARROLLAR PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO DE ACUERDO CON NORMAS Y LEGISLACIÓN VIGENTE.	4.0 A	250
DIRIGIR EL TALENTO HUMANO SEGÚN NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN.	4.0 A	140
DISTRIBUIR LOS MATERIALES, EQUIPOS Y ELEMENTOS, TENIENDO EN CUENTA LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN	4.0 A	50
FACILITAR EL SERVICIO A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.	4.0 A	150
INVENTARIAR LOS MATERIALES, EQUIPOS Y ELEMENTOS, TENIENDO EN CUENTA LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.	4.0 A	50
ORGANIZAR EVENTOS QUE PROMUEVAN LAS RELACIONES EMPRESARIALES, TENIENDO EN CUENTA EL OBJETO SOCIAL DE LA EMPRESA.	4.0 A	150
ORGANIZAR LA DOCUMENTACIÓN TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS LEGALES Y DE LA ORGANIZACIÓN	4.0 A	150
PROCESAR LA INFORMACIÓN DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN	4.0 A	110
PRODUCIR LOS DOCUMENTOS QUE SE ORIGINEN DE LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS, SIGUIENDO LA NORMA TÉCNICA Y LA LEGISLACIÓN VIGENTE.	4.0 A	150
PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL.	4.0 A	180
PROMOVER LA INTERACCION IDONEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMAS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL.	4.0 A	5

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001106786CC1121891009N.

SENA

REGIONAL META

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA	EVAL	I.H.
	4.0 A	880

Se expide en Villavicencio, a los seis (6) días del mes de marzo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

OSCAR YEZID CASTRO MENDOZA

Subdirector (e) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001106786CC1121891009N.

Colsanitas

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA VICEPRESIDENTE DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que **BRISA FERNANDA LEMA MORENO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.121.891.009, laboró para **COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.** con Nit 860078828 - 7, desde el 20 de junio de 2017 hasta el 19 de diciembre de 2017, desempeñando el cargo de **APRENDIZ.**

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D.C., a los *catorce (14) días del* mes de agosto de dos mil dieciocho (2018) .

MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ
Vicepresidente Desarrollo Humano Keralty

Esta certificación es valida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogota (1) 6466060 Ext. 5711531 o 5711532 o 5711540 o 5711583; Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4) 3360650 Ext. 5750008 o 5750009; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 57700012

REPÚBLICA DE COLOMBIA
AERONAUTICA CIVIL
Unidad Administrativa Especial

1601.092 –2019011560
Villavicencio, 12 de noviembre del 2019

EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA AERONAUTICA CIVIL REGIONAL META

CERTIFICA:

Que la señorita **BRISA FERNANDA LEMA MORENO**, identificada con cedula de ciudanía No.1.121.891.009, **EJECUTO** el siguiente contrato:

CONTRATO	19000396 H3
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PARA APOYAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA OFICINA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL AEROPUERTO LA VANGUARDIA EN LA REGIONAL META.
FECHA DE INICIO	18 DE FEBRERO DEL 2019
FECHA DE TERMINACION	17 DE OCTUBRE DEL 2019
TERMINACION	NORMAL
CUMPLIMIENTO	100%
VALOR TOTAL	CATORCE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($ 14.640.000 M/cte.) IVA INCLUIDO

Dada en Villavicencio, a los doce (12) días del mes de noviembre del 2019.

HECTOR HARVEY CARRILLO HERNANDEZ
Coordinador Administrativo y Financiero

Proyectó: Leidy Esperanza Reyes
Revisó: Hector Harvey Carrillo Hernandez
Ruta electrónica: \\bog7\ADI\Externo\2019011560

Centro CAO Regional Meta Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio Tel. (8) 6648020

Scanned by TapScanner

ACTA DE FINALIZACION

CONTRATO:	**70-2020**
CONTRATISTA:	**BRISA FERNANDA LEMA MORENO Identificada con cédula de ciudadanía Nº 1.121.891.009**
SUPERVISOR	**LOLA BEATRIZ GUEVARA LOZANO**
OBJETO:	**""PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROMOTOR DE ACTIVIDADES DE LECTURA Y ESCRITURA DIRIGIDA DISTINTOS GRUPOS ETARIOS Y POBLACIONALES, EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META .**
VALOR:	**SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($7,500,000.00) MCTE**
TERMINO DE EJECUCION:	**TRES (03) MESES**
FECHA DE INICIO:	**22 DE SEPTIEMBRE DE 2020**
FECHA DE TERMINACION:	**21 DE DICIEMBRE DE 2020**
PRORROGAS	**N/A**
ADICIONES	**N/A**
MODIFICACIONES	**N/A**

En la ciudad de Villavicencio, a los 23 días del mes de diciembre de 2020, la funcionaria LOLA BEATRIZ GUEVARA LOZANO , en calidad de Supervisor del contrato No.70 de 2020 por una parte, y por la otra BRISA FERNANDA LEMA MORENO como contratista, suscriben la presente acta de FINALIZACION , previa verificación de todos los documentos y requisitos legales del contrato en mención con fecha de finalización el día 22 de diciembre de 2020 pero por cumplimiento de las obligaciones contractuales y del objeto del contrato, termino su ejecución el día 15 de diciembre de 2020.

En constancia de lo anterior, se firma en Villavicencio, a los 23 días del mes de diciembre de 2020.

LOLA BEATRIZ GUEVARA LOZANO
Supervisor

BRISA FERNANDA LEMA MORENO
Contratista

Vo.Bo. Asesor Jurídico
HENRRY JADHIR MALDONADO

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO NO. 1049 DE 2021, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META

Contrato No.:	1049 DE 2021		
Registro presupuestal:	5019 del 07 de Julio de 2021 SSF / 29321 del 07 de Julio de 2021 CSF		
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	CARMEN CECILIA RAMIREZ ESCOBAR	c.c.	40.393.324
Contratista:	BRISA FERNANDA LEMA MORENO	Nit./c.c.	1.121.891.009
Objeto:			
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO COMO PROMOTOR SOCIAL EN LOS CENTRO CASABE, SEGÚN PROYECTO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL DEPARTAMENTO DEL META, PARA PROMOVER LA OFERTA EN PROGRAMAS DE BENEFICIO SOCIAL Y REDES COMUNITARIAS ENCAMINADAS A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN VILLAVICENCIO COMUNA 5 SECTOR DE POPULAR, KIRPAS, ACAPULCO Y GAVIOTAS.			
Valor total del contrato:	SIETE MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS MCTE. (**$7.700.000**)		
Término de ejecución:	TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS		
Fecha Inicio:	12 de Julio de 2021	Fecha de finalización según acta de inicio:	26 de octubre de 2021

Modificaciones (Prorrogas, Suspensiones, Adiciones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha	Tipo de Modificación	Fecha
NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA
Término Total de Ejecución:	N/A	Fecha Finalización:	N/A

En la ciudad de Villavicencio, la señora **CARMEN CECILIA RAMIREZ ESCOBAR,** supervisor (a) delegado (a) mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificada con cédula de ciudadanía número 40.393.324 de Villavicencio, designada mediante resolución 0111 de 12 de julio de 2021 en calidad de supervisora y **BRISA FERNANDA LEMA MORENO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1.121.891.009 de Villavicencio, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En Constancia se firma, a los diez (10) días, del mes diciembre del año 2021;

BRISA FERNANDA LEMA MORENO	**CARMEN CECILIA RAMIREZ ESCOBAR**
Contratista	Supervisor

Firma:	
Nombre:	Carmen Cecilia Ramírez Escobar
Cargo:	Profesional Universitario
Proyectó	

Notas:
1). Formato Fecha dd/mm/aaaa.
2). El resaltado es para modificar o eliminar.
3). No elimine filas, datos que no aplican identificarlos como N/A 4). Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

obligaciones contraídas con ocasión del presente contrato, la E.S.E exigirá directamente al contratista a título de cláusula penal una suma de veinte (20%) del valor total del contrato que se considerará como pago parcial de los perjuicios que a la E.S.E se le causen o su equivalente a lo solicitado en la garantía de cumplimiento en los casos que se exijan. El pago de la pena no extingue el cumplimiento de la obligación principal. Esta suma será tomada de la garantía constituida o descontada de los saldos que por cualquier concepto la entidad le adeude al contratista. Si esto no fuere posible se cobrará por jurisdicción coactiva.

NOVENA: AUSENCIA DE RELACION LABORAL. EL CONTRATISTA actuará con autonomía en cumplimiento de las obligaciones que adquiere con el presente contrato, sin generar relación laboral ni prestación social alguna, por lo cual **EL CONTRATISTA** no contrae vínculo de carácter laboral con EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, solo tiene derecho a los emolumentos pactados y no podrá reclamar válidamente el pago de prestaciones sociales por la ejecución de las actividades encomendadas relacionadas con el objeto contractual.

DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO: El Contratista no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones contraídos con base en el presente contrato sin la autorización del gerente del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE.

DECIMA PRIMERA. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES: Las cláusulas excepcionales se aplicarán a los contratos celebrados por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., en los términos y para los efectos señalados en el Estatuto General de Contratación Estatal y demás normas que la adiciones modifiquen y complementen, siendo esta disposición contractual la que otorga potestades a favor de las entidades estatales en este caso al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E; cuya aplicación esta conferida al ente contratante sin necesidad de previa declaración judicial.

DECIMA SEGUNDA: NORMATIVIDAD APLICABLE. El presente contrato se rige por el estatuto contractual del Hospital de Villavicencio (Estatuto Contractual del Hospital).

DECIMA TERCERA. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: El valor del presente contrato queda sujeto a las reservas y compromisos presupuestales. El registro presupuestal para el presente contrato se hará con cargo al presupuesto de la presente vigencia fiscal año 2024, Rubro 2.1.2.02.02.008 denominado, Servicios prestados a las empresas y servicios de producción, según constancia de disponibilidad presupuestal No. 649 de septiembre 25 de 2024.

DECIMA CUARTA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El contratista declara bajo la gravedad del juramento que no le asiste ninguna inhabilidad ni incompatibilidad de las previstas en la Constitución Política de Colombia,, ley civil, comercial y la Ley 80 de 1993 para suscribir el presente contrato de Prestación de Servicios, así mismo que no se encuentra incursa en causal de impedimento ni conflicto de intereses, y si así lo fuere se hará responsable por los daños y los perjuicios que se ocasionen ante la Entidad y frente a terceros.

DECIMA QUINTA. CONSTANCIA SOBRE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA: Se deja constancia que el contratista tiene capacidad técnica e idoneidad y cuenta con experiencia para la ejecución, y el desarrollo de las actividades que conllevan la ejecución del objeto contractual, de acuerdo a su formación y experiencia, según documentación que obra en su hoja de vida en consonancia con el Formato RF-JUR-28, previa revisión y verificación por parte de la Oficina Jurídica del Hospital Departamental de Villavicencio, quien una vez efectúa dicha revisión solicita la elaboración del contrato.

DECIMA SEXTA. LIQUIDACIÓN: La liquidación a que se refiere el Estatuto contractual del Hospital Departamental de Villavicencio, no será obligatoria en los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

DECIMA SEPTIMA: SUSPENSIÓN: La suspensión del plazo de ejecución y vigencia de los contratos podrá hacerse de mutuo acuerdo, por fuerza mayor o caso fortuito, dejando constancia de los motivos o razones para ello.

DECIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES. La E.S.E. y los contratistas buscaran solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias surgidas en su actividad contractual. Para tales fines podrán recurrir a la conciliación, transacción, arbitramento, amigable composición y los demás mecanismos legales autorizados y permitidos por la ley.

DECIMA NOVENA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato de Prestación de Servicios se perfecciona con la firma de las partes y para su ejecución se requiere el Registro Presupuestal y firma del acta de inicio.

VIGESIMA: DE LA GARANTÍA: No se contempla garantía de acuerdo a lo indicado en el Estatuto Contractual del Hospital Departamental De Villavicencio.

VIGESIMA PRIMERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El contrato se terminará por las siguientes causas: 1) Causas Normales: a) Por cumplimiento a satisfacción del objeto del contrato. b) Por vencimiento del plazo sin que se hubiese prorrogado. c) Por mutuo acuerdo de las partes. 2) Causas Especiales: El Hospital en virtud de su Estatuto Contractual podrá dar por terminado el contrato haciendo uso de su facultad excepcional establecida en la Ley 80 de 1993 y demás normas que la modifiquen. Así mismo, y de acuerdo al Estatuto Contractual del Hospital, se podrá dar por terminado el contrato si pasados 8 días desde la suscripción del mismo, el Contratista no ha allegado las garantías exigidas.

VIGESIMA SEGUNDA: DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO: Forman parte integral del presente contrato los documentos que reposan en la hoja de vida del contratista, los cuales fueron previamente verificados por el área de recursos Humanos del Hospital Departamental de Villavicencio.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.	FR-JUR-03	Versión 3	Página 1 de 1
HOSPITAL	Formato Acta de Inicio de Contrato	Fecha vigencia 31/05/2024		

NUMERO CONTRATO:	**3283 DE 2024**
FECHA DE CONTRATO:	**Día 01 Mes 10 Año 2024**
OBJETO:	**PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO- GESTION DOCUMENTAL**
CONTRATISTA:	**LEMA MORENO BRISA FERNANDA C.C N 1.121.891.009**
E-MAIL	**brisalemam16@gmail.com**
VALOR:	**$6.552.000**
PLAZO DE EJECUCION:	**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024, A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO**
FECHA DE INICIO:	**Día 01 Mes 10 Año 2024**
SUPERVISOR:	**JULIE PAOLA RADA ROJAS SUBGERENTE ADMINISTRATIVA**

En el municipio de Villavicencio, Al primer (01) días del mes de octubre de 2024, se reunieron **LEMA MORENO BRISA FERNANDA,** identificado con cedula de ciudadanía N° **1.121.891.009,** en calidad de contratista y **JULIE PAOLA RADA ROJAS**, identificada con cedula de ciudadanía N°**40.333.242**, en calidad de Supervisor del contrato de la referencia, con el objeto de iniciar formalmente la ejecución del contrato.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron

LEMA MORENO BRISA FERNANDA
C.C N° **1.121.891.009**
Contratista

JULIE PAOLA RADA ROJAS
C.C N° **40.333.242**
Supervisor(a)

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 3283 DE 2024

CONTRATANTE:	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**
CONTRATISTA:	**LEMA MORENO BRISA FERNANDA**
Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.121.891.009**
OBJETO:	**PRESTAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO – GESTION DOCUMENTAL**
VALOR:	**($ 6.552.000)**
TERMINO DE EJECUCIÓN:	**HASTA EL DIA 31 DE DICIEMBRE DE 2024, A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO**
SUPERVISION:	**SUBGERENTE ADMINISTRATIVO(A)**

Entre los suscritos a saber **LUIS ALEJANDRO MESA PACHON**, identificada con Cédula de Ciudadanía **N° 19.460.972**, expedida en Bogotá D.C, en calidad de Gerente y obrando en nombre y representación legal del Hospital Departamental de Villavicencio-Empresa Social Del Estado, según Decreto No. 200 del 05 de Abril de 2024 y Acta de Posesión No. 091 del 05 de Abril de 2024 de la Gobernación del Meta, debidamente facultado para contratar de conformidad con lo establecido en el ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL, quien en adelante se llamará **EL CONTRATANTE**, y de otra parte **LEMA MORENO BRISA FERNANDA**, identificada con Cedula de ciudadanía No. 1.121.891.009, quien en adelante y para todos los efectos se denominara EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios, previa las siguientes consideraciones:

1. Que para el buen desempeño administrativo y con el fin de garantizar el cumplimiento de los fines estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios de salud se requiere el apoyo para el desarrollo de sus actividades propias.
2. Que dentro de la Planta de Personal del Hospital Departamental de Villavicencio, no se cuenta con personal suficiente ni con los conocimientos y/o experticia requerida en el presente objeto contractual, razón por la cual se requiere la suscripción del presente contrato de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión, con el fin de continuar con la prestación de los servicios tanto asistenciales como administrativos, soporte y complemento de la debida gestión en la prestación de los servicios de salud a los usuarios que asisten de manera hospitalaria o ambulatoria al Hospital. Esto de conformidad con el Estatuto Contractual del Hospital.
3. Que para la suscripción del presente contrato existe el Certificado de Disponibilidad Presupuestal número, 649 de septiembre 25 de 2024, expedido por el jefe de Presupuesto.
4. Que el contratista demuestra estar en capacidad de ejercer el objeto contratado, acreditando la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el mismo, según documentación que obra en su hoja de vida.
5. Que el presente contrato de Prestación de Servicios se regirá por lo consagrado en el estatuto contractual del Hospital de Villavicencio y en especial por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO. El Contratista se compromete con EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, a Prestar los servicios como TECNICO ADMINISTRATIVO – GESTION DOCUMENTAL.

SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. - En ejecución del presente contrato, el contratista se obliga para con el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. a:

OBLIGACIONES GENERALES

1. Conocer y apropiar los valores del servidor público que establece el Código de Integridad del hospital departamental de Villavicencio, y los comportamientos asociados a los mismos.
2. Poner al servicio de la entidad, las capacidades y calidades humanas, éticas que se requieran, para la ejecución del contrato.
3. Cumplir ampliamente y con idoneidad el objeto del contrato.
4. Mantener actualizada su información en el SIGEP.
5. Promover, en su entorno y en los diversos espacios comunicativos, la buena imagen del Hospital Departamental de Villavicencio, centrada en los procesos de Atención Humanizada y Segura.
6. Presentar al cumplimiento del servicio la correspondiente cuenta de cobro.
7. Garantizar su afiliación al sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y Riesgos Laborales, presentando copia de los recibos de pago, como requisito previo al pago.
8. Garantizar la prestación de su servicio en el Hospital Departamental de Villavicencio cumpliendo con las normas integrales del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, promoviendo y manteniendo las acciones necesarias para prevenir los riesgos laborales que puedan menoscabar su salud. Ello incluye la obligatoria y adecuada utilización de los elementos y equipos de protección personal (EPP), destinados a protegerlo de uno o varios riesgos para aumentar la seguridad y asegurar la salud en el trabajo. El supervisor del contrato certificará su cumplimiento.
9. Guardar absoluta reserva de la información que en razón del presente contrato llegare a conocer.
10. Dar buen uso a los equipos y elementos de trabajo que estén puestos a su disposición para el desarrollo del objeto contratado, debiendo responder por daño o pérdida de los mismos, que suceda durante la prestación del servicio.
11. Portar obligatoriamente en un lugar visible el carné de identificación del HDV desde el ingreso a la institución hasta finalizar la prestación del servicio para el cual fue contratado, con fin de colaborar con la seguridad interna de la Entidad

Calle 37 A No. 28-53 Tel. 6817901
Villavicencio - Meta

Gmail

Fernanda L M <brisalemam16@gmail.com>

Calificación de la Calidad del Servicio ELEC_2023

1 mensaje

convocatoriasempleo@registraduria.gov.co
<convocatoriasempleo@registraduria.gov.co>
Para: brisalemam16@gmail.com

7 de diciembre de 2023, 11:08 a.m.



Jueves, 07 de diciembre del 2023

Señor (a)
BRISA FERNANDA LEMA MORENO

Reciba un cordial saludo,

De la manera más atenta y con base en lo establecido en la Circular 056 de 2023, la Registraduría Nacional del Estado Civil efectuó la calificación de la calidad del servicio prestado por usted durante el período comprendido entre el 23 de octubre y el 4 de noviembre del 2023 como personal de apoyo en el proceso de las elecciones territoriales 2023. A continuación, encontrará el enlace de acceso para consultar y descargar su certificado de calificación de calidad del servicio con el puntaje otorgado por el jefe inmediato:

Usuario:

brisalemam16@gmail.com

Clave:

CC1121891009+*

URL:

https://convocatoriasth.registraduria.gov.co/

Villavicencio, noviembre 13 de 2026

EL JEFE DE LA OFICINA JURIDICA

HACE CONSTAR

Que,la señora **BRISA FERNANDA LEMA MORENO**, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº1.121.891.009 de Villavicencio, presta sus servicios a esta Institución como **TECNICO ADMINISTRATIVO** , según consta en el **ultimo contrato de prestación de servicios que se encuentra actualmente en ejecución** ; una vez revisado el archivo y expedientes de contratación suscritos con el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, se encuentra la siguiente relación:

FECHA	N. DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCION	VALOR DEL CONTRATO	SUPERVISOR
2024	1739	Del 09 de mayo al 30 de junio	$3.785.600	Subgerente Administrativa
2024	2807	Del 01 de julio al 30 de septiembre	$6.552.000	Subgerente Administrativa
2024	3283	Del 01 de octubre al 31 de diciembre	$6.552.000	Subgerente Administrativa
2025	1089	Del 01 de enero al 31 de marzo	$7.010.640	Gerente
2025	1661	Del 01 de abril al 30 de junio	$7.010.640	Gerente
2025	2979	Del 01 de julio al 31 de agosto	$4.673.760	Gerente
2025	3893	Del 01 de septiembre al 31 de diciembre	$9.347.520	Gerente
2026	452	Del 01 de enero al 31 de marzo	$7.860.000	Gerente
2026	1853	Del 01 de abril al 30 de septiembre	$15.720.000	Gerente
2026	Prorroga N°1 1853	Del 01 al 31 de octubre	$2.620.000	Gerente

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRATO 1853 DE 2026 - TECNICO ADMINISTRATIVO:

1. Colaborar en la custodia y en la organización de la documentación de los archivos de Gerencia.
2. Participar activamente en los procesos de mejoramiento que se lleven a cabo en la institución mediante la participación y compromiso en las actividades que se planean e implementan.
3. Gestionar solicitudes de información a otras dependencias cuando así lo requiera la gerencia.
4. Coadyuvar en la revisión periódica de las condiciones físicas medioambientales de los diferentes depósitos de archivo pertenecientes a la gerencia para la preservación y conservación de la documentación, informado de la manera oportuna novedades.
5. Verificar el cumplimiento de normas y procesos técnicos (foliación, ordenación, inventarios, conservación, diligenciamiento de registro) en las áreas de archivo de la gerencia.
6. Fomentar el trabajo interdisciplinario establecer, mantener y participar en todo aquello mecanismos de coordinación buscando unificar criterio.
7. Recopilar, analizar y responder por el diseño y divulgación de los datos y hallazgos más relevantes de las instalaciones específicas que puedan afectar la gestión del subproceso.
8. Asistir al superior inmediato para efectos de presentación de informes y gestión y programación de reuniones.
9. Garantizar la custodia y conservación de los elementos que sean puestos a su disposición para el cumplimiento de sus obligaciones.
10. Diligenciar de manera clara, completa, oportuna y veraz los documentos e informes que se requieran en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos.
11. Hacer buen uso de los elementos y equipos de apoyo igualmente la confidencialidad de la información que tiene a cargo.

Consecutivo No. 6220

RAD : E202502210842
Folios : 1 N° Anexos: 1
Destino : DOCUMENTACION EXTERNA DEL HDV
Para : BRISA FERNANDA LEMA MORENO
Codigo de seguridad : SLpf
Para ver el documento Ingresa a la web : https://sip.hdv.gov.co/cradicado

Villavicencio, febrero 17 de 2025

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA (E)
UNIDAD FUNCIONAL TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que,la señora **BRISA FERNANDA LEMA MORENO**, identificada con Cédula de Ciudadanía N°1.121.8891.009 de Villavicencio, presta sus servicios como **TECNICO ADMINISTRATIVO** , mediante contrato de prestación de servicios; una vez revisado el archivo de Talento Humano y el expediente de contratos suscritos con el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E,. se encuentra la siguiente relación:

FECHA	N. DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCION	VALOR DEL CONTRATO	SUPERVISOR
2024	1739	Del 09 de mayo al 30 de junio	$3.785.600	Subgerente Administrativa
2024	2807	Del 01 de julio al 30 de septiembre	$6.552.000	Subgerente Administrativa
2024	3283	Del 01 de octubre al 31 de diciembre	$6.552.000	Subgerente Administrativa
2025	1089	Del 01 de enero al 31 de marzo	$7.010.640	Subgerente Administrativa

Se expide a solicitud de la interesada.

ELSA LIGIA FIGUEROA SARAY
Profesional Especializado (E)
Unidad Funcional Talento Humano

NOTA: Esta Certificación esta respaldada bajo el pago de estampilla procultura N°1091415 de fecha febrero 17 de 2025

MA.ES.HE

Gmail

Fernanda L M <brisalemam16@gmail.com>

Calificación de la Calidad del Servicio ELEC_2023

1 mensaje

convocatoriasempleo@registraduria.gov.co
<convocatoriasempleo@registraduria.gov.co>
Para: brisalemam16@gmail.com

7 de diciembre de 2023, 11:08 a.m.



jueves, 07 de diciembre del 2023

Señor (a)
BRISA FERNANDA LEMA MORENO

Reciba un cordial saludo,

De la manera más atenta y con base en lo establecido en la Circular 056 de 2023, la Registraduría Nacional del Estado Civil efectuó la calificación de la calidad del servicio prestado por usted durante el período comprendido entre el 23 de octubre y el 4 de noviembre del 2023 como personal de apoyo en el proceso de las elecciones territoriales 2023. A continuación, encontrará el enlace de acceso para consultar y descargar su certificado de calificación de calidad del servicio con el puntaje otorgado por el jefe inmediato:

Usuario:

brisalemam16@gmail.com

Clave:

CC1121891009+*

URL:

https://convocatoriasth.registraduria.gov.co/

HOSPITAL

OFICINA JURIDICA

Consecutivo No. 8937

Villavicencio, noviembre 13 de 2026

EL JEFE DE LA OFICINA JURIDICA

HACE CONSTAR

Que,la señora **BRISA FERNANDA LEMA MORENO**, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº1.121.891.009 de Villavicencio, presta sus servicios a esta Institución como **TECNICO ADMINISTRATIVO** , según consta en el **ultimo contrato de prestación de servicios que se encuentra actualmente en ejecución** ; una vez revisado el archivo y expedientes de contratación suscritos con el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, se encuentra la siguiente relación:

FECHA	N. DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCION	VALOR DEL CONTRATO	SUPERVISOR
2024	1739	Del 09 de mayo al 30 de junio	$3.785.600	Subgerente Administrativa
2024	2807	Del 01 de julio al 30 de septiembre	$6.552.000	Subgerente Administrativa
2024	3283	Del 01 de octubre al 31 de diciembre	$6.552.000	Subgerente Administrativa
2025	1089	Del 01 de enero al 31 de marzo	$7.010.640	Gerente
2025	1661	Del 01 de abril al 30 de junio	$7.010.640	Gerente
2025	2979	Del 01 de julio al 31 de agosto	$4.673.760	Gerente
2025	3893	Del 01 de septiembre al 31 de diciembre	$9.347.520	Gerente
2026	452	Del 01 de enero al 31 de marzo	$7.860.000	Gerente
2026	1853	Del 01 de abril al 30 de septiembre	$15.720.000	Gerente
2026	Prorroga N°1 1853	Del 01 al 31 de octubre	$2.620.000	Gerente

Se expide a solicitud de la interesada.

MILLER OSWALDO VILLAMIZAR ROJAS
Jefe Oficina Jurídica
Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E

MA.ES.HE

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14763312449

(415)7707212409904(8020) 000001476331244 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 6 9 1 0 0 9	8	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 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	1 1 2 1 6 9 1 0 0 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEMA	MORENO	BRISA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CL 4 SUR 35 A 67 TO B 2 AP 301 CONJ MULTIFAMILIARES LOS CENTAUROS

42. Correo electrónico: brisa_gcnmtv@hotmail.com

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

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
7 4 9 0	2 0 2 0 0 6 0 2	8 2 1 1	2 0 1 6 0 6 0 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-11-11 / 04:26:01PM

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 LEMA MORENO BRISA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 11-11-2026 04:23:46PM

Certificación
Bancaria

Miércoles, 11 de noviembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que BRISA FERNANDA LEMA MORENO identificado(a) con CC 1121891009, 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	84400007211	2024-10-04	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEMA MORENO BRISA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.121.891.009** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de octubre de 2014 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 11 de noviembre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que Brisa Fernanda Lema Moreno, identificado(a) con CC número 1121891009, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1121891009
NOMBRES Y APELLIDOS	Brisa Fernanda Lema Moreno
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/06/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	15/05/2009
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	466 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	9 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1121891009 BRISA FERNANDA LEMA MORENO Desde 06/05/2024 - Vigente N.I.T. 899999040 REGISTRADURIANACIONAL DEL ESTADO CIVIL Desde 25/03/2026 Hasta 31/03/2026N.I.T. 899999040 REGISTRADURIANACIONAL DEL ESTADO CIVIL Desde 14/10/2025 Hasta 31/10/2025

Generado por interfaces 11/11/2026

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121891009
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BRISA FERNANDA LEMA MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CLL 4 SUR 35 A 67	TELÉFONO:	3122716
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor a cambio de una retribución
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6039479230	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/11/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			817705220

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 280.200	$ 1.100	$ 281.300
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 1.100	$ 281.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 800	$ 0	$ 218.900	$ 800	$ 0	$ 219.700
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 800	$ 0	$ 219.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IEP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 200	$ 0	$ 42.900
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 200	$ 0	$ 42.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306292445

PIB
08:22:10

Bogotá DC, 11 de noviembre 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) BRISA FERNANDA LEMA MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121891009:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de noviembre de 2026, a las 08:20:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121891009
Código de Verificación	112189100926111108204 1

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.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO
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 08:26:01 AM horas del 11/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1121891009**
Apellidos y Nombres: **LEMA MORENO BRISA FERNANDA**

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

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, 11/11/2026 08:27:00 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121891009** y Nombre: **BRISA FERNANDA LEMA MORENO.**

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. **151389271** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:25:28 horas del 11/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121891009,** Apellidos y Nombres **LEMA MORENO BRISA FERNANDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD** , con NIT **822006595-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1121891009 **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 11/11/2026 08:23 AM

Código Verificación: **B1WKDGLS4Y**

Válida hasta: **11/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	META

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD:						
TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)	VINCULACIÓN		x	ACTUALIZACIÓN		
TIPO DE USUARIO: (marcar con X)	CLIENTE		CONTRATISTA	x	PROVEEDOR	

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
BRISA FERNANDA	LEMA	MORENO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (marcar con X)

Cedula ciudadania	X	Pasaporte		Cedula Extranjeria		Otro ¿CUÁL?	

NUMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN
1.121.891.009	[illegible]		VILLAVICENCIO META

FECHA DE NACIMIENTO:	[illegible]	LUGAR DE NACIMIENTO: (Pais, departamento y ciudad)		BOGOTA D.C.
GÉNERO: (marcar con X)	F (FEMENINO)	F	M (MASCULINO)	

OCUPACIÓN (marcar con X)

EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO	
INDEPENDIENTE	x	RENTISTA		OTRO ¿CUÁL?	

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 4 SUR 35 A 67 PORTERIA 1 TORRE 2 APTO 301 MF C	3136060867	VILLAVICENCIO	META	[illegible]

NÚMERO DE CELULAR	3204772507

TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)

PROPIA	X	FAMILIAR		ARRENDADA	
PERSONAS A CARGO:	0				
VALOR ARRIENDO:	0	GASTOS FAMILIARES:	$ 0		

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE	DETALLE

CARGO:	PROFESIONAL APOYO	FE						
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?	
DIRECCIÓN:	BARZAL	11	11	2026			X	
TELÉFONO:								

SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		X	
Ejerce algún grado de poder público		X	
Goza de reconocimiento público		X	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

PRODUCTO	NUMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGUEDAD
CUENTA BANCARIA	84400007211	BANCOLOMBIA	VILLAVICENCIO	2024

OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUALES:				OTRAS
SI		NO	X	IMPORTA		EXPORTACIONES		

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

INVERSIONES			TRAN		OTRAS	¿CUALES OTRAS?	
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL SERVIDOR PÚBLICO_____ PROVEEDOR_____ CONTRATISTA_X___ se obliga con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la Empresa Social del Estado del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente: Declaración de origen de fondos a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

CONFINDECIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud o en las que ésta participe directa o indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Yo, **BRISA FERNANDA LEMA MORENO** identificado con la cédula No. C.C. 1121891009 de Villavicencio Meta, me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los 11 días del mes de noviembre del año 2026.

BRISA FERNANDA LEMA MORENO
C.C. 1.121.891.009
Contratista

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FELAIFEL IPS
SERVICIOS DE SALUD Y PREVENCIÓN



ASESORIAS INTEGRALES Y CAPACITACION EN SGI
NIT: 901047739-5

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1121891009-33938

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	30/04/2024 - VILLAVICENCIO - META	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	BRISA FERNANDA LEMA MORENO	**Identificación:**	1121891009		
Género	FEMENINO **Edad:** 31	**Teléfono**	NO REPORTA	**Móvil:**	3136060867
Fecha Nacimiento:	02/07/1992	**Cargo:**	CONTRATISTA		
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.		
Dirección	CALLE 4 SUR N. 35A 67 TORRE 2 APT 301 MULTIFAMILIARES	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PROTECCION S.A.		
Empresa	PARTICULAR -				

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	CIRCUNDUCCION, CALISTENIA, ERGONOMIA DE HOMBROS, CODOS, MUÑECAS, COLUMNA Y RODILLAS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS , que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

Dr. Hernán Eduardo Medina C.
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

HERNAN EDUARDO MEDINA CASTRO
Médico Especialista en Salud Laboral

BRISA FERNANDA LEMA MORENO
Firma y cédula del Paciente

1121891009

1152/2012 RM 805