uscar por proces Menú ▼ Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página:: 14005882 Ayuda

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	Claudia Patricia Corrales Rodriguez
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de documento	
Fecha de emisión	
Expedido por	

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Corrales	Rodriguez	Claudia Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52291772 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 02 AÑO 1974

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Diagonal 52 BIS A Sur 3 F18

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 3155495409 EMAIL: claudiaper74@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 08 AÑO 1999

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	2	X		Especialización Educación y Orientación Familiar	07	2015	
UN	10	X		Psicóloga	12	2009	112801
TC	2	X		Técnica Educación Preescolar	12	2007	
TC	2	X		Técnica Contabilidad y Sistemas	12	2003	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Sur Occidente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	Subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DÍA 01 MES 09 AÑO 2017	DÍA 30 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Proyecto UEL	Calle 9# 39-46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Cenaset - SDIS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	1cenaset@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3206726356 2822736	DÍA 19 MES 10 AÑO 2016	DÍA 11 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Territorio Ciudad Humanidad	Av. Calle 19 # 10-08 Of 304

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Rafael Uribe Uribe	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	www.eserafaeluribe.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
596 66 00	DÍA 01 MES 11 AÑO 2017	DÍA 30 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	USP SIUM SISUECOS - TERRITORIOS	Kra 72 D 26 A 62 Sur.

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Temporales "UNO A" S.A.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.temporalesuno8.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
320 0977	DÍA 30 MES 03 AÑO 2012	DÍA 30 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	USP SIUM.	Kra 72 D 26 A 62 Sur.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊘ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Bogotá 14/09/2018

Claudia P Correa R

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Patricia Corrales Rodriguez

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52297772 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotá

DIRECCIÓN Diagonal 52 Bis A Sur 3 f 18 TELÉFONOS 3155495409

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Alejandra Paris Corrales	1031153152	Hija

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	10,000,000 =
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	10,000,000 =

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	Ahorros	24082379975	Ciudad Jardin	700,000=

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Caja Social	Credito Educativo	7'000,000 2

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	N°

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3 FIRMA

Claudia P Corrales R.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá - 14/09/2018
CIUDAD Y FECHA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Claudia Patricia Corrales Rodriguez

C.C. No. 52291772 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución,
de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Psicólogo

Registro M.E.N. 3274

Dado en Bogotá, D.C., el día 18 del mes de Diciembre de 2009

Rector

Decano Escuela

Acta de Grado Nº 2321 Fecha 18 - 12 - 2009 Registro de Diploma Nº 45179 , Libro 12 , Folio 134

Secretario General

46117

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MONSERRATE

Personería Jurídica según Resolución No. 1381 del 3 de febrero de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

EN ATENCIÓN A QUE

Claudia Patricia Corrales Rodriguez

C.C. No. 52.291.772 expedida en Bogotá

Ha cursado el plan de estudios y cumplido los requisitos de grado y las disposiciones legales establecidas para optar a un título de Educación Superior en la

Escuela de Posgrados

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Educación y Orientación Familiar

Con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos que a tal Título le corresponden.

En constancia se expide, firma y sella el presente Diploma en Bogotá, D. C. el día 24 de Julio de 2015.

Rectoría

Decanatura

Dirección del Programa

Secretaría General

138 09

REGISTRO INSTITUCIONAL

Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Bogotá, D. C. 24 de Julio de 2015.
Registrado en el Folio 17680 del Libro No. 1

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 2321

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 18 de diciembre de 2009 en la ciudad de Bogotá y presidida por el Doctor Raul Adames Gómez, Director del CEAD JOSÉ ACEVEDO Y GÓMEZ, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el titulo de:

PSICÓLOGO

REGISTRO ICFES - M.E.N 3274

A :

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

Identificada con Cédula de ciudadanía No. 52291772 de Bogotá D.C., quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

LA FAMILIA COMO SOPORTE EN EL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL HOGAR DEL I.C.B.F "MIS PEQUEÑOS TRAVIESOS"

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2009 .

Anotado en el libro de actas No.7
Registro de Diploma No. 45179 Libro 12 Folio 134

Decano Escuela

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
UNIMONSERRATE

Personería Jurídica Resolución No. 1381 de 1983

del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 4063

En la ciudad de Bogotá, el día 24 de Julio de 2015, previa autorización dada por el Consejo Académico mediante RESOLUCION - 0318 del 26 de Mayo de 2015, y con la presencia de las directivas de la Fundación Universitaria Monserrate, se efectuó el acto de graduación de **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRÍGUEZ, CC 52291772** expedida en BOGOTÁ, quien cursó todo el plan de estudios del Programa ESPECIALIZACION EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR, Registro Calificado 839 y cumplió con los requisitos y disposiciones legales establecidas para optar al título de ESPECIALISTA EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR.

Registrado en el Folio No.17680, Libro 1 de fecha 24 de Julio de 2015.

RICARDO ALONSO PULIDO AGUILAR
RECTOR

CARLOS HIPÓLITO GARCÍA REINA
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente

Nota: Los nombres que aparecen arriba, están firmados en el original.

Esta acta tiene validez con la firma del Secretario General y sello seco.

Firmas

CARLOS HIPOLITO GARCIA REINA
SECRETARIO GENERAL

Fecha de expedición: 24 de Julio de 2015

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

Educación Colsubsidio

El Instituto de Formación Empresarial y del Trabajo "IFET" COLSUBSIDIO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (Antes Educación No Formal)

Autorización Oficial según Resoluciones No. 4057 del 22 de diciembre de 2003 y No. 3220 del 25 de agosto de 2006 de la Secretaría de Educación de Bogotá

(Antes Instituto de Educación No Formal Colsubsidio e Instituto de Educación No Formal Comfenalco)

Confiere a:

Claudia Patricia Corrales Rodríguez

Identificado(a) con C.C. No. 52.291.772 de Bogotá

El Certificado de Aptitud Ocupacional de

Técnico

Por haber culminado satisfactoriamente el Curso de

Educación Preescolar

Con una duración total de 1500 horas

Director

Secretario Académico

Dado en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2007

EC.FC.43

La República de Colombia
y en su nombre el

INSTITUTO TRIÁNGULO

Resoluciones 7968, 7969, 7970, 7971 de Noviembre 18/97, 8678 de Diciembre 9/97
de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., 1320 de Agosto 30/96,
1753, 1754 de Octubre 24/01 de la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Confiere a:

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRÍGUEZ

C. C. 52,291,772 de Santafé de Bogotá D. C.

Certificado de Técnico(a) Laboral en:

CONTABILIDAD Y SISTEMAS

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes,
cumpliendo los requisitos legales.
Educación No Formal

José Antonio Martínez
Director

Claudia Marcia García
Secretaria Académica

Dado en **Bogotà, D.C.** a los **13** días del mes de **Septiembre de 2003**

Anotado en el libro de Certificaciones No.
Folio No.
No requiere registro ante la Secretaria de Educación.

No. 643

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL
SUBDIRECCIÓN PARA LA FAMILIA

CERTIFICA QUE

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

Asistió y participo en el ciclo de capacitación

"Un Modelo de PREVENCIÓN"

Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y otros temas de Familia.

Del 9 de septiembre y el 15 de Noviembre del 2013
Intensidad Horaria de 48 Horas
Este certificado lo(a) acredita como multiplicador(a) en acciones prevención
Se expide en Bogotá D.C. a los 18 días del mes de noviembre del 2013

María Cristina Hurtado Sáenz
Directora Poblacional

María Consuelo Arenas García
Sub-Directora para la Familia

BOGOTÁ HUMANA



V Encuentro Distrital De Salud Mental

Bogotá 8,9 y 10 de Octubre del 2013

¡La Salud Mental y la Vida!

La Secretaría distrital certifica
que el señor (a):

Claudia Patricia Corrales Rodriguez

Asistió al V Encuentro Distrital de Salud Mental
con una intensidad horaria de 24 horas
Bogotá 8, 9 y 10 de Octubre de 2013

Aldo Enrique Cadena Rojas
Secretario Distrital de Salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL DE USAQUÉN
I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Red de servicios básicos en salud

BOGOTÁ HUMANA

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Colegio Colombiano de Psicólogos

EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS,
EL CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

CORRALES CLAUDIA PATRICIA

CC 52.291.772

Quien asistió y cumplió los requisitos académicos establecidos para el:

PRIMER FORO SOBRE GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁREA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Bogotá D.C., Mayo 9 de 2013

Dr. Diego Castrillón Moreno	**Dr. Julio Ponce de León**	**Dra. Ángela María Orozco**	**Dra. María del Rosario Bozón G**
Presidente Capítulo Bogotá y Cundinamarca Colegio Colombiano de Psicólogos	Decano Facultad de Psicología Universidad El Bosque	Directora Centro de Investigaciones Facultad de Psicología Universidad El Bosque	Directora División Educación Continuada Universidad El Bosque

Seminario- Taller de Personalidad

Trastornos de la Personalidad y Pruebas Proyectivas

Instituto Superior Unificado de Criminalistica
Investigación y Tecnología de La Sabana Ltda.

Libertad y Orden

UNISAB

NIT.830.137403-5

Certifica que:

Claudia Patricia Corrales Rodríguez

Identificado(a) con CC. No. 52291772 de Bogotá participó en el Seminario-taller Personalidad, Trastornos de la Personalidad y Pruebas Proyectivas. Realizado el día 21 de Abril de 2007, con una intensidad de diez horas (10 h).

Dr. Jesús Fernando Rodríguez Pineda
Director General de UNISAB

Dr. Julio Pineda Ramírez
Psicólogo Clínico
Esp. en Personalidad

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO Y LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ

Certifican que:

CLAUDIA PATRICIA CORRALES

CC. 52.291.772.

Asistió al proceso de formación del Programa Distrital de Educación en Derechos Humanos para la Paz y la Reconciliación, con una intensidad de 12 horas.

Bogotá, D.C Enero de 2018

ANDRÉS FELIPE LIÑEIRO CORONADO
Director para la Acción Humanitaria y el Desarrollo

MARÍA ADELAIDA PALACIO PUERTA
Subsecretaria para la Gobernabilidad y Garantía de Derechos

MIGUEL URIBE TURBAY
Secretario Distrital de Gobierno

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Instituto de **Educación**
Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CFN

FLORENCE NIGHTINGALE

CENTRO DE ESTUDIOS FLORENCE NIGHTINGALE

MATRICULA CAMARA DE COMERCIO 02717148

CERTIFICA

QUE: *CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ*

C.C 52.291.772 de Bogotá

CURSO Y PARTICIPO (60 HORAS)

CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Centro Florence Nightingale Dirección

YOLIMA ZORAYA HEREDIA
DIRECTORA

Liliana Rios Roa

Liliana Rios Roa Enfermera UNal T.P. 10377

LILIANA RIOS ROA resolución 10377
ESPECIALISTA-ENFERMERA PROFESIONAL

Dado en Bogotá , 2-3 Junio 2018

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Patricia Corrales Rodríguez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

PSICOLOGA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Claudia P Corrales R

No. de documento: 52.291.772

Tarjeta profesional No: 112801

Dirección de contacto: Diagonal 52 BIS A SUR 3 F 18

Teléfono: 315 5 49 54 09

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA MONSERRATE

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

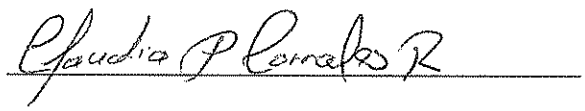
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Patricia Corrales Rodríguez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ESPECIALISTA EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52.291.772

Tarjeta profesional No: 112801

Dirección de contacto: Diagonal 52 BIS A SUR 3 F 18

Teléfono: 315 5 49 54 09

CONTRATO No.	AÑO
SO-4031	**2017**

CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGEZ
CEDULA No. 52.291.772 Tel.- 3155495409
OBJETO: Prestar apoyo como PROFESIONAL EN PSICOLOGA en el área o sede de ASDINGO - CONVENIO FONDOS DE DESARROLLO LOCAL, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS($ 5.900.000,oo) M/Cte
PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (2) MESES
FECHA INICIO: 01 de septiembre de 2017
FECHA TERMINACIÓN: 31 de octubre de 2017
SUPERVISOR : LIDER DE PROYECTOS - FDL

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGEZ**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que el Articulo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: *"En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"* b) Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016," Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, y posteriormente se expide la Resolución No. 627 de 2016, "Por medio del cual se aprueba y adopta el manual de contratación, Supervisión, Interventoria y se crea el comité de contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **c)** Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bobota D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del día 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. **d)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **e)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **f)**Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión como **PROFESIONAL EN PSICOLOGA** en el área o **ASDINGO - CONVENIO FONDOS DE DESARROLLO LOCAL** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: a) **Específicas: 1. Participar de procesos de inducción y re inducción con relación a la ejecución de los proyectos de la localidad de Kennedy, Puente Aranda, Fontibón y Bosa. 2. Dar cumplimiento a**

las actividades y metas periódicas designadas que se encuentran en los proyectos en concordancia con el cronograma establecido, con base en la formulación del proyecto y las fichas técnicas que son su responsabilidad.3. Participar en las presentaciones ante las Juntas Administradoras Locales, Comité Técnico y reuniones de seguimiento con interventoría, S.D.S., Alcaldías Locales, así como articulación al interior y fuera de la ESE. 4. Presentar cronograma mensual de actividades, informes mensuales y cuentas de cobro con los soportes correspondientes a lo operativo y administrativo para sustentar los informes de ejecución en los formatos establecidos por la S.D.S., Alcaldías e interventoría según requerimiento, sistematización con perioricidad mensual de bases de datos. 5. Apoyar la realización de las diferentes jornadas contempladas en los proyectos. 6. Concertar cronogramas para el desarrollo de las diferentes actividades contempladas en el proyecto. 7. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC, POS y los proyectos del FDL. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos identificados en el proyecto y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.. b) **Generales**: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Conocer y aplicar las políticas de calidad de la Entidad. 2. Participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred. 3. Apoyar el proceso de Acreditación con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda, para que se logre satisfactoriamente el mismo. 4. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 9. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 11. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 12. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 13. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 14. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 15. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 16. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 17. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 18. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 19. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 20. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido. 21. El contratista se obliga a responder por la custodia y buen manejo de los recursos públicos a su disposición. 22. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 5.900.000,oo) M/Cte, CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 17468 del 31 de Agosto de 2017, Código del Rubro: CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES- 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por

afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO: El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adicciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el **CONTRATISTA** no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. **c)** Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. **f)** Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: a) Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes, **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES: En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. DÉCIMA NOVENA. – CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del **CONTRATANTE** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el **CONTRATISTA** directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA,** en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA.** VIGÉSIMA – INDEMNIDAD: El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el CONTRATISTA en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE**, por tanto, el contratista renuncia a cualquier ejercicio de acción judicial por dicho concepto en contra de la Entidad VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El **CONTRATISTA** es una persona independiente a la **del CONTRATANTE**, y en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE**. VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal y la Aprobación de garantías según aplique. VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN: La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **LIDER DE PROYECTOS - FDL** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred, así como a la Resolución 627 del 20 de Octubre de 2016, por medio de la cual se adopta el Manual Interno de Contratación de la entidad VIGÉSIMA QUINTA.- MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos

el área financiera – Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. QUINTA.- FORMA DE PAGO: El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por horas ejecutadas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados **DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS($2.950.000,oo) M/Cte** susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL CONTRATISTA pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN: El término de ejecución del presente contrato será por el término de **DOS (2) MESES**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA: En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN: El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. DÉCIMA.- SUSPENSIÓN: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. PARÁGRAFO PRIMERO: El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS EL CONTRATISTA constituirá a favor de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**, Nit.900.959.048-4, garantía única, consistente en una póliza expedida por una compañía aseguradora o banco legalmente autorizados para funcionar en Colombia, que ampare las obligaciones surgidas de la presente orden, la cual se mantendrá vigente durante su vida y liquidación y se ajustará a los límites, existencia y extensión del riesgo amparado así: PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, o quien haga sus veces); PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD hasta por la suma mínima de **cien (100) S.M.M.L.V.** (Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos, Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. **El contratista se obliga a mantener vigente la(s) garantía(s) durante la ejecución del contrato las cuales incluirán sus adiciones y prorrogas**. La Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **PARÁGRAFO.-** Las pólizas deberán ser entregadas dentro de los **ocho (08) días hábiles** siguientes a la suscripción de la presente orden de prestación de servicios en la Dirección de Contratación de la E.S.E. DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. PARÁGRAFO PRIMERO: **De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el CONTRATISTA no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. PARÁGRAFO SEGUNDO: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula.** DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA: Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA,

a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 *"Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"*. **VIGÉSIMA SEXTA.- MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 *"Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"*. **VIGÉSIMA SESPIMA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico **claudiapcorralesr@yahoo.com.**

Para constancia se firma en Bogotá D.C. El 01 de septiembre de 2017

Claudia P. Corrales R.

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
GERENTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONTRATANTE

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGEZ
C.C. No. 52.291.772
CONTRATISTA

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora de Contratación		01 de septiembre de 2017
Proyectado por:	Luis Eduardo Bustos Florido	Apoyo Técnico Administrativo		01 de septiembre de 2017
Control de Calidad	Leidy Viviana Rodríguez Olivares	Apoyo - Profesional Universitario - Abogada		01 de septiembre de 2017

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre los suscritos a saber **NELSON CIFUENTES LUJAN,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº. 70.090.061 de Medellín, domiciliado y residente en Bogotá D. C., actuando en nombre y representación de **CENASEL** con Nit.860522599-1 y quien en adelante se denominará el CONTRATANTE y la señora: **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificada con la C. C. No.52.291.772, actuando en su propio nombre y quien para los efectos del presente documento se denominará LA CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por el Código Civil, las normas que regulan la materia, lo establecido en el " Convenio de asociación N.12001 de 2016 celebrado entre Secretaria Distrital de Integración Social - SDIS y el Centro Educativo Nacional de Asesorías Socioeconómicas - **CENASEL - CLAUSULA PRIMERA. Objeto** – Prestar servicios profesionales de PSICOLOGIA para cumplir con los compromisos convencionales y el objeto del convenio el cual es: *Aunar esfuerzos técnicos, físicos, administrativos y económicos para mejorar el desarrollo metodológico e implementación de la estrategia de prevención de la habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social fortaleciendo procesos pedagógicos con distintos actores sociales y comunitarios y promoviendo la resignificación de imaginarios relacionados al fenómeno de habitabilidad en calle, en el marco del Convenio Interadministrativo No.10540 del 2015.*

En procura de lograr cabalmente este objeto el contratista se compromete a adelantara las funciones de PSICOLOGA del convenio de asociación 12001 de 2016, entregar productos y actividades que a continuación se enumeran:

1. Conocer los estudios previos, anexo técnico, minuta del convenio y demás documentación relacionada con el fenómeno de habitabilidad en calle orientado por la coordinación del convenio, para que se dé su cabal desarrollo y cumplimiento.
2. Construir e implementar conjuntamente con el equipo de trabajo el plan de acción territorial para la implementación de la estrategia de prevención que den cumplimiento al objeto del convenio.
3. Aportar en la construcción de las guías metodológicas así como de los aspectos conceptuales para la cartilla virtual donde se incluya información relevante a nivel individual, familiar y comunitario, desde el área profesional de la psicología, en los temas de consumo de SPA y VIF
4. Liderar el desarrollo de los encuentro – talleres de ampliación de capacidades para la prevención.
5. Realizar intervención y acompañamiento Psicosocial en casos específicos con la población en alto riesgo de habitar la calle, en el contexto individual y familiar. A mínimo sesenta(60) participantes.
6. Aportar en la construcción de las guías para los talleres de ampliación de capacidades para la prevención así como en la lectura territorial del fenómeno para la cartilla virtual.
7. Realizar diagnósticos de la población en mayor riesgo de habitar la calle para identificar comportamientos asociados al inicio de la habitabilidad de calle que aporte a la ruta de la prevención en el marco del convenio
8. Asistir a las reuniones programadas por el Proyecto 1108 o por cualquier dependencia de la SDIS, relacionadas con el desarrollo del objeto del convenio.
9. Participar en las reuniones del equipo de recursos humano aplicado al Convenio de asociación convocados por la coordinación del convenio.

10. Apoyar la elaboración de los informes de avance técnicos por componente y del informe final de ejecución del convenio de asociación.
11. Realizar registro fotográfico de por lo menos el 80% por ciento de las actividades ejecutadas.
12. Participar en el equipo territorial para las actividades de la estrategia de prevención que se le asigne.
13. Las demás Obligaciones inherentes a la naturaleza y objeto de la implementación de la estrategia de prevención.

Parágrafo 1: Las anteriores actividades y productos se realizaran y elaboran de conformidad a lo establecido en los estudios previos, anexos técnicos, propuesta técnica presentada por CENASEL y la minuta del Convenio de asociación de 12001 de 2016 celebrado entre SDIS y CENASEL documentos que la contratista manifiesta tener conocimiento y manejo técnico de todos los aspectos que allí se expresan. Estos documentos son parte integrante del presente contrato. **Parágrafo 2**. La contratista se compromete a aplicar los ajustes, cambios o modificaciones que el comité técnico oriente, al igual que los lineamientos que la supervisión del convenio de asociación de 12001 de 2016 SDIS y CENASEL, señale a los informes y productos entregados; la no aplicación de estos es causa justificada para el no desembolso de la cuota correspondiente al siguiente periodo. **CLAUSULA SEGUNDA.** El enfoque de la intervención es interdisciplinario y trabajo en equipo. El contratante podrá ajustar, agregar o modificar las funciones de conformidad al marco general de los lineamientos técnicos del **CENASEL.** Para el reporte de la ejecución de las funciones y entrega de productos utilizara todos los medios y herramientas de las telecomunicaciones que estén a su alcance; en particular el correo electrónico, celular, cámara fotográfica y computador **CLAUSULA TERCERA:** El contratista responderá por la calidad y veracidad de la información suministrada respecto a la ejecución de las funciones y productos objeto del contrato; al igual que de la información derivada de los reportes que provienen del cumplimiento de las funciones y productos objeto del convenio de asociación. **Parágrafo 1.** En caso que se compruebe que el contratista ha incurrido en irregularidades respecto a suplantaciones, falsificación de soportes documentales o cualquier clase de información que afecten el incumplimiento del objeto del Contrato, responderá por los perjuicios causados y por las sanciones penales a que diere lugar dicha conducta **CLAUSULA CUARTA: Plazo**. El plazo para la ejecución del presente contrato será de seis (6) meses contados a partir del diecinueve (19) de octubre dos mil dieciséis (2016) y podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito. **CLAUSULA QUINTA- VALOR DEL CONTRATO:** El valor total de este contrato es la suma de diecisiete millones trescientos cincuenta y ocho mil pesos. ($17.358.000oo). Los cuales se pagaran de la siguiente forma: seis (6) cuotas, cada una por un valor de dos millones ochocientos noventa y tres mil pesos ($2.893.000.oo). Los desembolsos se efectuaran dentro un periodo de tiempo no inferior a treinta (30) días entre cuota y cuota, previa la presentación de la Certificación de cumplimiento de las actividades y la entrega de productos expedida por el coordinador del convenio de asociación. **Parágrafo 1**.No se podrá expedir certificación de cumplimiento para el desembolso de una o más cuotas siguientes, si el contratista tiene pendiente la realización de actividades o la aplicación de ajustes, cambios, correcciones o modificaciones a productos del periodo anterior. En todo caso los desembolsos establecidos en esta clausula estarán supeditados a los tiempos en que La SDIS efectúen los desembolsos a CENASEL. **CLAUSULA SEXTA.** EL CONTRATANTE, se obliga a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. Se obliga a entregar al contratista el material que sea necesario de manera oportuna para el cumplimiento del objeto del contrato. **CLAUSULA SEPTIMA. Obligaciones de la contratista**. - EL CONTRATISTA se obliga a cumplir en forma eficiente y

oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de este contrato. **OCTAVA. INVENCIONES:** Las invenciones y producción intelectual realizadas por el CONTRATISTA, dentro el marco del cumplimiento del objeto del contrato, sus funciones y actividades serán propiedad del contratante. **Cláusula Penal.** – En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho al CONTRATANTE o al CONTRATISTA según el caso, a pagar el cinco (5) por ciento del total del valor del contrato. **NOVENA. Terminación anticipada del contrato**. - El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes; en forma unilateral por el Contratante sin ningún tipo de indemnización, cuando exista modificaciones del convenio de asociación No 12001 de 2016 celebrado entre la SDIS y CENASEL, que a juicio de este imposibiliten la ejecución del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA. Independencia del contratista**. – EL CONTRATISTA actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con el CONTRATANTE y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el incumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y al pago de los servicios estipulados por la prestación del mismo. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.** La CONTRATISTA, asume la responsabilidad de las obligaciones de seguridad social en cuanto a Plan Obligatorio De Salud, Fondo De Pensión Y Riesgos Profesionales; La CONTRATISTA se obliga a presentar los soportes que acredite el pago de seguridad social cada mes a más tardar dentro los diez primero días y/o cuando el CONTRATANTE O SU REPRESENTANTE lo requiera. La no presentación de este soporte es causal de incumpliendo del contrato y suspensión del pago de las cuotas establecidas en la cláusula tercera de este documento. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. Exclusión de la relación laboral**. – Queda claramente entendido que no existirá relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y la CONTRATISTA. **CLAUSULA DECIMA TERCERA. Cesión del contrato**. – Queda prohibido a la CONTRATISTA ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del CONTRATANTE. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: Domicilio contractual**. – Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será Bogotá y las notificaciones serán recibidas por la parte CONTRATANTE en la siguiente dirección: Avenida - Calle 19 No. 10-08 Oficina 304. Y por parte de contratista en Diagonal 53 sur No. 61F – 35 interior 2 esta ciudad. **CLAUSULA DECIMA QUINTA Cláusula compromisoria**. – Toda controversia o diferencia que pueda surgir con ocasión de este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá por un mecanismo alternativo de solución de conflictos de acuerdo con lo estipulado en la Ley.

Para constancia las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, el día veinte (20) del mes octubre del año dos mil dieciséis (2016).

Contratante _____
NIT 860 522 599 - 1

Contratista Claudia P Corrales R
C. C. No. 52.294.772 Bta.

Testigo_____

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**. suscribió en su momento el contrato con **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ, C.C**. No **52.291.772**, cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

VIGENCIA	N° OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR
2012	362	1 de noviembre de 2012	28 de febrero de 2013	10.458.072
2013	226	1 de marzo de 2013	31 de agosto de 2013	16.617.142
2013	1272	6 de septiembre de 2013	30 de abril de 2014	22.943.834
2014	238	3 de marzo de 2014	31 de agosto de 2014	17.378.733
2014	635	1 de septiembre de 2014	2 de febrero de 2015	14.645.001
2015	445	3 de febrero de 2015	31 de enero de 2016	36.219.990
2016	598	11 de febrero de 2016	29 de febrero de 2016	1.922.927
2016	1248	1 de marzo de 2016	30 de junio de 2016	12.967.008

OBJETO DEL CONTRATO:

- PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA COMPONENTE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SUBPROCESO SIVIM DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SUBSISTEMA SISVECOS DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
-

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA:

1. Realizar asesorías integrales en psicología a las familias y sus integrantes en casa, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
2. Realizar asesorías integrales en psicología a nivel individual con estudiantes en las Instituciones Educativas, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
3. Realizar asesorías integrales en psicología a nivel individual con la población beneficiaria en las Instituciones de protección, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
4. Realizar asesorías Psicológicas en Trabajo Saludable (ámbito laboral); conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
5. Desarrollar procesos de asistencia técnica en psicología a los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, institucional, comunitario, ambiental), conforme su saber disciplinar en las ciencias de la salud, en función de los requerimientos del equipo territorial de APS.
6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
7. Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
8. Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
9. Desarrollar las acciones de su competencia en los Servicios de Salud Colectivos, conforme al plan de acción de cada equipo territorial.
10. Participar en las actividades de planificación y gestión territorial conforme los requerimientos del equipo de coordinación territorial.
11. Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
12.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades.
13.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA SUBPROCESO SIVIM:

1.- Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo de los eventos de interés en salud publica, de acuerdo a los protocolos nacionales y distritales.
2.- Apoyar la elaboración del plan de acción orientado hacia el fortalecimiento del sistema de vigilancia poblacional y comunitario.
3.- Realizar la captación y seguimiento de los casos identificados para facilitar su canalización y atención integral así como la restitución de derechos de los afectados.
4.- Garantizar la discriminación de la información captada o recopilada a través de la vigilancia epidemiológica comunitaria con el fin de retroalimentar a la comunidad acerca del comportamiento de los eventos en la localidad.

5-. Realizar acciones de conformación y consolidación de la red de vigilancia en salud publica en los territorios de salud desde un enfoque que reconozca el papel de de la comunidad como agente de acción y transformación del proceso salud enfermedad.
6.- Implementar las acciones de VSP que den respuesta a los eventos, alertas y condiciones identificados por los equipos territoriales.
7.- Favorecer las acciones institucionales, sectoriales (PIC) y de la vigilancia poblacional y comunitaria para la mitigación del impacto de los procesos destructores en el proceso de salud enfermedad concurriendo a la prevención y atención de las urgencias y emergencia en salud publica a nivel local y territorial.
8-. Desarrollar las acciones relacionadas con la preparación y respuesta de urgencias y emergencias en salud publica en el distrito capital a nivel local.
9-. Presentar informe de visita consolidado para la revisión del coordinador de VSP y organizar los documentos debidamente relacionados.
10-. Consolidar información de actividades ejecutadas por territorios y micro territorios.
11-. Diligenciar de manera completa completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
12-. Notificar todos los eventos de interés de salud publica detectados en cada una de sus intervenciones.
13-. Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
14-. Desarrollar las acciones de su competencia en los servicios de salud colectivos, conforme al plan de acción de cada equipo territorial.
15-. Participar en las actividades de planificación y gestión territorial conforme los requerimientos del equipo de coordinación territorial.
16-. Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
17.- Informar por escrito con una antelación no inferior a quince (15) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato. Prestar el apoyo requerido por el HOSPITAL en situaciones de contingencia o emergencia.

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA SUBSISTEMA SISVECOS:

1.- Realizar seguimiento a los psicólogos dentro del subsistema de SISVECOS.
2.- Identificar los casos de conducta suicida (Ideación, amenaza, intento (tentativa e intento) según riesgo y localidad que son canalizados por la comunidad, UPGD y UI y cumplen con los criterios de calidad del dato además se realiza búsqueda activa institucional en las localidades donde el reporte es menor a 18 casos de casos fatales y no fatales.
3.- Facilitar la estructuración del sistema de vigilancia local y distrital de la conducta suicida mediante el mantenimiento de las UPGD y UI.
4.- Caracterizar los casos de conducta suicida y realizar investigación epidemiológica de campo en aquellos que por su externalidad, magnitud e impacto en la comunidad que requieren restablecer el soporte psicosocial, el restablecimiento emocional y dirigir a las intervenciones para su prevención.
5.- Realizar acciones de Fortalecimiento al apoyo institucional mediante las rutas de intervención que permitan la canalización y seguimiento de los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio según la valoración del riesgo mediante las actividades de los equipos básicos como asesorías o actividades grupales, especialmente los casos moderados y severos.
6.- Consolidar la red de VSP mediante el mantenimiento de UPGD, UI y la cualificación de los profesionales que están realizando procedimiento intervención en conducta suicida, además se realizará soporte técnico al sistema y a los profesionales en Salud Mental.
7.- Implementar las acciones de VSP que den respuesta a los eventos, alertas y condiciones identificados por los equipos que territoriales.

8.- Favorecer las acciones institucionales, sectoriales (PIC) y de la Vigilancia Poblacional y Comunitaria para la mitigación del impacto de los procesos destructores en el proceso salud enfermedad concurriendo a la prevención y atención de las urgencias y emergencias en salud pública a nivel local y territorial.
9.- Apoyar las acciones relacionadas con la preparación y respuesta de urgencias y emergencias con impacto en salud pública en el Distrito Capital a nivel local.
10.- Presentar informe de visita consolidado para la revisión del coordinador de VSP y organizar los documentos debidamente relacionados.
11.- Desarrollar procesos de asistencia técnica en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, institucional, comunitario, ambiental), conforme su saber disciplinar en las ciencias de la salud, en función de los requerimientos del equipo territorial de APS.
12.- Consolidar información de actividades ejecutadas por territorio y micro territorios.
13.- Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
14.- Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
15.- Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
16.- Desarrollar las acciones de su competencia en los Servicios de Salud Colectivos, conforme al plan de acción de cada equipo territorial.
17.- Participar en las actividades de planificación y gestión territorial conforme los requerimientos del equipo de coordinación territorial.
18.-Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
19.- Informar por escrito con una antelación no inferior a quince (15) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato. Prestar el apoyo requerido por el HOSPITAL en situaciones de contingencia o emergencia.

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato con **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ,** en Bogotá D.C. a los Teinta y un (31) días, del mes de Agosto de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

Luz Elena Garzon Bejarano
LUZ ELENA GARZÓN BEJARANO
Tecnologa administrativa III- OPS
Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisi ón del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Massiel Magali Neira González–Profesional Universitario I- Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez – Auxiliar Administrativo II-Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

TEMPORALES
UNO-A S.A

ISO 9001:2008 SGS
Preselección, Selección, Contratación y Nómina del Personal en Misión

CERTIFICACION

Por medio de la presente me permito certificar que la señora CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52,291,772 de BOGOTA D.C., labora en misión para el usuario en servicio HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU - COMP.VIG SAL.PUB.K07L, desde el día 30 de marzo de 2012, desempeñando el cargo de PROFESIONAL, con un salario de $1,400,355.00 Mcte

Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 05 dias del mes de Octubre de 2012.

PABLO ANDRES MEJIA BENJUMEA
DIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuníquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1 -320 09 77.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.291.772**

CORRALES RODRIGUEZ

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1974**

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-DIC-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500115-47129122-F-0052291772-20051119 **02097** 05323A 02 164705693

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14420710071

(415)7707212489984(8020) 000001442071007 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 2 9 1 7 7 2	1 9 9 2 1 2 0 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORRALES	RODRIGUEZ	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: DG 52 BIS A SUR 3 F 18 BRR PALERMO SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
claudiapcorralesr@yahoo.com		5 6 9 5 0 3 6	3 1 5 5 4 9 5 4 0 9

CLASIFICACION

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 2 2 0	2 0 1 2 0 1 0 2	8 6 9 2	2 0 1 2 0 1 0 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 7 0 7 1 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-07-2017 04:49:21PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52291772-4 CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

Información General

Dirección DG 52 BIS A SUR 3F 18

Teléfonos 5695036-3155495409

Dirección electrónica claudiapcorralesr@yahoo.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2011

Soporte Inscripción 13765665

Fecha Inicio Actividades 26/05/1998

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002064467

Fuente ICA TE TOCA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Colegio Colombiano
de Psicólogos
www.colpsic.org.co

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090

T.P. No. 112801

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

c.c. 52.291.772

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No **3824** *de* **06/04/2015**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA Identificado(a) con CC número 52291772 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIV NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA "UNAD" el día 18/12/2009 y registrado en el libro 12 Folio 134 año 2009

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA identificado(a) con CC número 52291772 expedida en BOGOTA D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 06/04/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.

Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA

Directora de Calidad de Servicios de Salud

Vo.Bo. Daniel Ortiz B

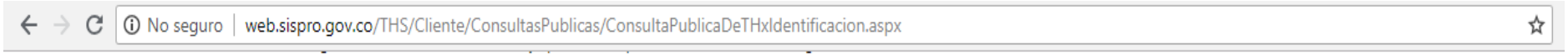
Elaboró Victor Sanchez

Bogotá, D.C 01/02/2016

A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Claudia P. Corrales R

CC. # 52291772

Firma Claudia P. Corrales R.



Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52291772

Primer Nombre *

Claudia

Primer Apellido *

Corrales

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-09-14→5:05:58 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52291772	CLAUDIA	PATRICIA	CORRALES	RODRIGUEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52291772] CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

2018-09-14→5:05:58 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	NO DISPONIBLE	2015/4/06	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
UNV	Local	PSICOLOGIA	2015/4/06	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO

Nombre: Claudia Patricia

Apellidos: Corrales Rodriguez

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] PASAPORTE [ ] No. 52291772

Fecha de Nacimiento: Día 25 Mes 02 Año 1979

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Sarampion Rubeola	1	30 04 2013	012N1018	HRLLU Pediatra Pediatra
Tétano	1	13-09-12	02924094	HRLLU ALEXANDRA
	2	17-10-12	0241901ID	HRLLU Pediatra
	3	30 04 13	0241100K	HRLLU Pediatra
	4			
Hepatitis B	X	29/03/2012	032E1004	
	2	07 MAYO 2012	HEPATITIS B 03581009 NOV-14	
	3	21 Nov 12		

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis A	1			
	2			
	3			
Influenza	1	28-07-12	1203601	HRLLU - PT ALEXANDRA
	2	04 AGOSTO 2017 P3A5G1V		Pediatra
	3			
	4			
Fiebre Amarilla	1	28-07-12	1191VFC0322	HRLLU-PT ALEXANDRA

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
Regimen: COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000006936

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

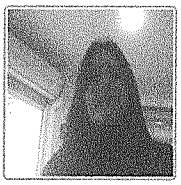
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 04/08/2017 14:00:52

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ **C.C** 52291772

EDAD 43 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** PSICOLOGA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometría	[ ]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Audiometría	[ ]	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR (OSM)
Espirometría	[ ]	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO [x] MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO [ ] MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS - USO DE MEDIAS ANTIVARICE - HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI [ ] NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Claudia P Corrales R

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biometrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolucion No. 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	14/09/18	CIUDAD:	Bogotá D. C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2 1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Corrales	Rodriguez	Claudia	Patricia

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52297772	Bogotá D.C.	19921121 04
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25/02/74	Bogotá D.C. Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) CASADO DIVORCIADO(A) X UNION LIBRE	1	2	3155495909

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	TECNOLOGO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL: Educación y Orientación familiar	Psicóloga

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Diagonal 52 B BIS A Sur 3f 18	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5695036

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO		NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI NO X	Digitar el codigo del rut	7220 / 8692
		NO X	ICA	SI NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI NO X		SI NO X

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	AUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
$0	$0	$0	$0

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Ariza	Aleida	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle 70C #111D29	Bogotá D.C.	Amiga	3114830721

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Caja Social	Cuenta de Ahorros	24082379975	Ciudad Tunal	2797044

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Digite su profesión Psicóloga

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Claudia Morales R.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.291.772 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170803	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
YISETH PARIS CORRALES	AA	1023904506	CC	20180201	0	Activo	633
ALEJANDRA PARIS CORRALES	HI	1031153152	CC	20170803	0	Activo	631

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARIA FERNANDA SANCHEZ
10132474

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 47
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 52.291.772, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de septiembre del 2018.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.291772	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Claudia	Patricia	Corrales	Rodriguez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

25/2/1974	Bogotá	Diagonal 52 Bis A Sur 3 F 18	5695036
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Colfondos	3.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Profesional	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

claudiapcorralesr@yahoo.com	315 5 49 54 09
Correo Electrónico	Celular

Claudia P Corrales R
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 115369557

WEB
17:27:53

Bogotá DC, 13 de septiembre del 2018

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) CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52291772:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

DIANA PATRICIA SALCEDO GIRALDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de septiembre de 2018, a las 17:29:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	522917772
Código de Verificación	522917772180913172939

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.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2440726

Bogotá D.C., 13 de Septiembre de 2018 - 17:31 pm

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) **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTA

52291772

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:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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 (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:32:28 horas del 13/09/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52291772**

Apellidos y Nombres: **CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ *Identificado con* *CC52291772*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0271 CIUDAD TUNAL, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24082379975*
Fecha de Apertura	:	*26 de febrero de 2018*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0625 CARRERA DECIMA de la ciudad de BOGOTA, el día jueves, 13 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:
D2P3L1A5 - DORA EMILSE PATACON

Banco Caja Social
CR. CARRERA DEC. MA
13 SEP 2018 Of. 625
Vo.Bo.
TRAMITADO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social | Establecimiento Bancario

uscar por proces Menú ▼ Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página:: 14005882 Ayuda

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	Claudia Patricia Corrales Rodriguez
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de documento	
Fecha de emisión	
Expedido por	

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Corrales	Rodriguez	Claudia Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ⊘ C.E ○ PAS ○ No. 52297772 — SEXO: F ⊘ M ○ — NACIONALIDAD: COL. ⊘ EXTRANJERO ○ — PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 02 AÑO 1974

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Diagonal 52 BIS A Sur 3 F 18

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 3155495409 EMAIL: claudiaper74@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 08 AÑO 1999

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	2	X		Especialización Educación y Orientación Familiar	07	2015	
UN	10	X		Psicólogo	12	2009	112801
TC	2	X		Técnico Educación Preescolar	12	2007	
TC	2	X		Técnico Contabilidad y Sistemas	12	2003	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Sur Occidente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	www.subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DÍA 19 MES 10 AÑO 2016	DÍA 11 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Proyecto UEL	Calle 9 # 39-46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CESACEL - SDIS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	rcenasd@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3206720356 2822736	DÍA 19 MES 10 AÑO 2016	DÍA 11 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Territorio Ciudad Humanidad	Av. Calle 19 #10-08 Ofc. 304

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Rafael Uribe Uribe	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.eserafaeluribe.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5 96 66 00	DÍA 01 MES 11 AÑO 2012	DÍA 30 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	VSP SIVIM - SISVECOS - Territorios	Kra 72 D 26A 62 Sur.

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Temporales "UNO A" S.A.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	www.temporalesuno8.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
320 0977	DÍA 30 MES 03 AÑO 2012	DÍA 30 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	USP SIUIM.	Kra 12 D 26 A 62 Sur.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊘ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Bogotá 14/09/2018

Claudia P. Carrasco R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Claudia Patricia Corrales Rodriguez

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52297772 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotá

DIRECCIÓN Diagonal 52 Bis A Sur 3 f 18 TELÉFONOS 3155495409

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Alejandra Paris Corrales	1031153152	Hija

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	10,000,000 =
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	10,000,000 =

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	Ahorros	24082379975	Ciudad Jardin	700,000=

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Caja Social	Credito Educativo	7'000,000 2

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	N°

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3 FIRMA

Claudia P Corrales R.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá - 14/09/2018
CIUDAD Y FECHA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Claudia Patricia Corrales Rodriguez

C.C. No. 52291772 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución,
de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Psicólogo

Registro M.E.N. 3274

Dado en Bogotá, D.C., el día 18 del mes de Diciembre de 2009

Rector

Decano Escuela

Acta de Grado Nº 2321 Fecha 18 - 12 - 2009 Registro de Diploma Nº 45179 , Libro 12 , Folio 134

Secretario General

46117

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MONSERRATE

Personería Jurídica según Resolución No. 1381 del 3 de febrero de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

EN ATENCIÓN A QUE

Claudia Patricia Corrales Rodriguez

C.C. No. 52.291.772 expedida en Bogotá

Ha cursado el plan de estudios y cumplido los requisitos de grado y las disposiciones legales establecidas para optar a un título de Educación Superior en la

Escuela de Posgrados

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Educación y Orientación Familiar

Con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos que a tal Título le corresponden.

En constancia se expide, firma y sella el presente Diploma en Bogotá, D. C. el día 24 de Julio de 2015.

Rectoría

Decanatura

Dirección del Programa

Secretaría General

138 09

REGISTRO INSTITUCIONAL

Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Bogotá, D. C. 24 de Julio de 2015.
Registrado en el Folio 17680 del Libro No. 1

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 2321

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 18 de diciembre de 2009 en la ciudad de Bogotá y presidida por el Doctor Raul Adames Gómez, Director del CEAD JOSÉ ACEVEDO Y GÓMEZ, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el titulo de:

PSICÓLOGO

REGISTRO ICFES - M.E.N 3274

A :

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

Identificada con Cédula de ciudadanía No. 52291772 de Bogotá D.C., quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

LA FAMILIA COMO SOPORTE EN EL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL HOGAR DEL I.C.B.F "MIS PEQUEÑOS TRAVIESOS"

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2009 .

Anotado en el libro de actas No.7
Registro de Diploma No. 45179 Libro 12 Folio 134

Decano Escuela

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
UNIMONSERRATE

Personería Jurídica Resolución No. 1381 de 1983

del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 4063

En la ciudad de Bogotá, el día 24 de Julio de 2015, previa autorización dada por el Consejo Académico mediante RESOLUCION - 0318 del 26 de Mayo de 2015, y con la presencia de las directivas de la Fundación Universitaria Monserrate, se efectuó el acto de graduación de **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRÍGUEZ, CC 52291772** expedida en BOGOTÁ, quien cursó todo el plan de estudios del Programa ESPECIALIZACION EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR, Registro Calificado 839 y cumplió con los requisitos y disposiciones legales establecidas para optar al título de ESPECIALISTA EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR.

Registrado en el Folio No.17680, Libro 1 de fecha 24 de Julio de 2015.

RICARDO ALONSO PULIDO AGUILAR
RECTOR

CARLOS HIPÓLITO GARCÍA REINA
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente

Nota: Los nombres que aparecen arriba, están firmados en el original.

Esta acta tiene validez con la firma del Secretario General y sello seco.

Firmas

CARLOS HIPOLITO GARCIA REINA
SECRETARIO GENERAL

Fecha de expedición: 24 de Julio de 2015

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

Educación Colsubsidio

El Instituto de Formación Empresarial y del Trabajo "IFET" COLSUBSIDIO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (Antes Educación No Formal)

Autorización Oficial según Resoluciones No. 4057 del 22 de diciembre de 2003 y No. 3220 del 25 de agosto de 2006 de la Secretaría de Educación de Bogotá

(Antes Instituto de Educación No Formal Colsubsidio e Instituto de Educación No Formal Comfenalco)

Confiere a:

Claudia Patricia Corrales Rodríguez

Identificado(a) con C.C. No. 52.291.772 de Bogotá

El Certificado de Aptitud Ocupacional de

Técnico

Por haber culminado satisfactoriamente el Curso de

Educación Preescolar

Con una duración total de 1500 horas

Director

Secretario Académico

Dado en Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de diciembre de 2007

EC.FC.43

La República de Colombia
y en su nombre el

INSTITUTO TRIÁNGULO

Resoluciones 7968, 7969, 7970, 7971 de Noviembre 18/97, 8678 de Diciembre 9/97
de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., 1320 de Agosto 30/96,
1753, 1754 de Octubre 24/01 de la Secretaria de Educación de Cundinamarca.

Confiere a:

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRÍGUEZ

C. C. 52,291,772 de Santafé de Bogotá D. C.

Certificado de Técnico(a) Laboral en:

CONTABILIDAD Y SISTEMAS

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes,
cumpliendo los requisitos legales.
Educación No Formal

José Antonio Martínez
Director

Claudia Marcia García
Secretaria Académica

Dado en **Bogotà, D.C.** a los **13** días del mes de **Septiembre de 2003**

Anotado en el libro de Certificaciones No.
Folio No.
No requiere registro ante la Secretaria de Educación.

No. 643

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL
SUBDIRECCIÓN PARA LA FAMILIA

CERTIFICA QUE

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

Asistió y participo en el ciclo de capacitación

"Un Modelo de PREVENCIÓN"

Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y otros temas de Familia.

Del 9 de septiembre y el 15 de Noviembre del 2013
Intensidad Horaria de 48 Horas
Este certificado lo(a) acredita como multiplicador(a) en acciones prevención
Se expide en Bogotá D.C. a los 18 días del mes de noviembre del 2013

María Cristina Hurtado Sáenz
Directora Poblacional

María Consuelo Arenas García
Sub-Directora para la Familia

BOGOTÁ HUMANA



V Encuentro Distrital De Salud Mental

Bogotá 8,9 y 10 de Octubre del 2013

¡La Salud Mental y la Vida!

La Secretaría distrital certifica
que el señor (a):

Claudia Patricia Corrales Rodriguez

Asistió al V Encuentro Distrital de Salud Mental
con una intensidad horaria de 24 horas
Bogotá 8, 9 y 10 de Octubre de 2013

Aldo Enrique Cadena Rojas
Secretario Distrital de Salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL DE USAQUÉN
I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Red de servicios básicos en salud

BOGOTÁ HUMANA

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Colegio Colombiano de Psicólogos

EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS,
EL CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A

CORRALES CLAUDIA PATRICIA

CC 52.291.772

Quien asistió y cumplió los requisitos académicos establecidos para el:

PRIMER FORO SOBRE GUÍAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁREA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Bogotá D.C., Mayo 9 de 2013

Dr. Diego Castrillón Moreno	**Dr. Julio Ponce de León**	**Dra. Ángela María Orozco**	**Dra. María del Rosario Bozón G**
Presidente Capítulo Bogotá y Cundinamarca Colegio Colombiano de Psicólogos	Decano Facultad de Psicología Universidad El Bosque	Directora Centro de Investigaciones Facultad de Psicología Universidad El Bosque	Directora División Educación Continuada Universidad El Bosque

Seminario- Taller de Personalidad

Trastornos de la Personalidad y Pruebas Proyectivas

Instituto Superior Unificado de Criminalistica
Investigación y Tecnología de La Sabana Ltda.

Libertad y Orden

UNISAB

NIT.830.137403-5

Certifica que:

Claudia Patricia Corrales Rodríguez

Identificado(a) con CC. No. 52291772 de Bogotá participó en el Seminario-taller Personalidad, Trastornos de la Personalidad y Pruebas Proyectivas. Realizado el día 21 de Abril de 2007, con una intensidad de diez horas (10 h).

Dr. Jesús Fernando Rodríguez Pineda
Director General de UNISAB

Dr. Julio Pineda Ramírez
Psicólogo Clínico
Esp. en Personalidad

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO Y LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ

Certifican que:

CLAUDIA PATRICIA CORRALES

CC. 52.291.772.

Asistió al proceso de formación del Programa Distrital de Educación en Derechos Humanos para la Paz y la Reconciliación, con una intensidad de 12 horas.

Bogotá, D.C Enero de 2018

ANDRÉS FELIPE LIÑEIRO CORONADO
Director para la Acción Humanitaria y el Desarrollo

MARÍA ADELAIDA PALACIO PUERTA
Subsecretaria para la Gobernabilidad y Garantía de Derechos

MIGUEL URIBE TURBAY
Secretario Distrital de Gobierno

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Instituto de **Educación**
Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CFN

FLORENCE NIGHTINGALE

CENTRO DE ESTUDIOS FLORENCE NIGHTINGALE

MATRICULA CAMARA DE COMERCIO 02717148

CERTIFICA

QUE: *CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ*

C.C 52.291.772 de Bogotá

CURSO Y PARTICIPO (60 HORAS)

CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Centro Florence Nightingale Dirección

YOLIMA ZORAYA HEREDIA
DIRECTORA

Liliana Rios Roa

Liliana Rios Roa Enfermera UNal T.P. 10377

LILIANA RIOS ROA resolución 10377
ESPECIALISTA-ENFERMERA PROFESIONAL

Dado en Bogotá , 2-3 Junio 2018

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Patricia Corrales Rodríguez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

PSICOLOGA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Claudia P Corrales R

No. de documento: 52.291.772

Tarjeta profesional No: 112801

Dirección de contacto: Diagonal 52 BIS A SUR 3 F 18

Teléfono: 315 5 49 54 09

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA MONSERRATE

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

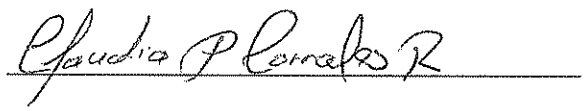
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Claudia Patricia Corrales Rodríguez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ESPECIALISTA EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52.291.772

Tarjeta profesional No: 112801

Dirección de contacto: Diagonal 52 BIS A SUR 3 F 18

Teléfono: 315 5 49 54 09

CONTRATO No.	AÑO
SO-4031	**2017**

CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGEZ
CEDULA No. 52.291.772 Tel.- 3155495409
OBJETO: Prestar apoyo como PROFESIONAL EN PSICOLOGA en el área o sede de ASDINGO - CONVENIO FONDOS DE DESARROLLO LOCAL, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS($ 5.900.000,oo) M/Cte
PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (2) MESES
FECHA INICIO: 01 de septiembre de 2017
FECHA TERMINACIÓN: 31 de octubre de 2017
SUPERVISOR : LIDER DE PROYECTOS - FDL

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGEZ**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que el Articulo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: *"En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"* b) Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016," Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, y posteriormente se expide la Resolución No. 627 de 2016, "Por medio del cual se aprueba y adopta el manual de contratación, Supervisión, Interventoria y se crea el comité de contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **c)** Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bobota D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del día 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. **d)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **e)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **f)**Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión como **PROFESIONAL EN PSICOLOGA** en el área o **ASDINGO - CONVENIO FONDOS DE DESARROLLO LOCAL** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: a) **Específicas: 1. Participar de procesos de inducción y re inducción con relación a la ejecución de los proyectos de la localidad de Kennedy, Puente Aranda, Fontibón y Bosa. 2. Dar cumplimiento a**

las actividades y metas periódicas designadas que se encuentran en los proyectos en concordancia con el cronograma establecido, con base en la formulación del proyecto y las fichas técnicas que son su responsabilidad.3. Participar en las presentaciones ante las Juntas Administradoras Locales, Comité Técnico y reuniones de seguimiento con interventoría, S.D.S., Alcaldías Locales, así como articulación al interior y fuera de la ESE. 4. Presentar cronograma mensual de actividades, informes mensuales y cuentas de cobro con los soportes correspondientes a lo operativo y administrativo para sustentar los informes de ejecución en los formatos establecidos por la S.D.S., Alcaldías e interventoría según requerimiento, sistematización con perioricidad mensual de bases de datos. 5. Apoyar la realización de las diferentes jornadas contempladas en los proyectos. 6. Concertar cronogramas para el desarrollo de las diferentes actividades contempladas en el proyecto. 7. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC, POS y los proyectos del FDL. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos identificados en el proyecto y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.. b) **Generales**: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Conocer y aplicar las políticas de calidad de la Entidad. 2. Participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred. 3. Apoyar el proceso de Acreditación con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda, para que se logre satisfactoriamente el mismo. 4. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 9. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 11. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 12. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 13. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 14. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 15. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 16. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 17. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 18. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 19. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 20. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido. 21. El contratista se obliga a responder por la custodia y buen manejo de los recursos públicos a su disposición. 22. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 5.900.000,oo) M/Cte, CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 17468 del 31 de Agosto de 2017, Código del Rubro: CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES- 321030501 Vigencia: 2017,** expedido por

afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO: El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adicciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el **CONTRATISTA** no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. **c)** Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. **f)** Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: a) Por terminación del plazo de ejecución, **b)** Por mutuo acuerdo entre las partes, **c)** Por muerte del CONTRATISTA, **d)** Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. **e)** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. **f)** Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. **g)** Por orden de autoridad competente. **h)** Las demás indicadas en el texto del contrato. DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES: En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. DÉCIMA NOVENA. – CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del **CONTRATANTE** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el **CONTRATISTA** directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA,** en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA.** VIGÉSIMA – INDEMNIDAD: El CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el CONTRATISTA en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE**, por tanto, el contratista renuncia a cualquier ejercicio de acción judicial por dicho concepto en contra de la Entidad VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: El **CONTRATISTA** es una persona independiente a la **del CONTRATANTE**, y en consecuencia, **el CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE**. VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal y la Aprobación de garantías según aplique. VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN: La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **LIDER DE PROYECTOS - FDL** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA,** de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred, así como a la Resolución 627 del 20 de Octubre de 2016, por medio de la cual se adopta el Manual Interno de Contratación de la entidad VIGÉSIMA QUINTA.- MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos

el área financiera – Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. QUINTA.- FORMA DE PAGO: El **CONTRATANTE** cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por horas ejecutadas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados **DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS($2.950.000,oo) M/Cte** susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: **1.** Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. **2.** Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL CONTRATISTA pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES**: Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN: El término de ejecución del presente contrato será por el término de **DOS (2) MESES**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA: En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. NOVENA -. CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN: El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. DÉCIMA.- SUSPENSIÓN: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. PARÁGRAFO PRIMERO: El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS EL CONTRATISTA constituirá a favor de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**, Nit.900.959.048-4, garantía única, consistente en una póliza expedida por una compañía aseguradora o banco legalmente autorizados para funcionar en Colombia, que ampare las obligaciones surgidas de la presente orden, la cual se mantendrá vigente durante su vida y liquidación y se ajustará a los límites, existencia y extensión del riesgo amparado así: PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, o quien haga sus veces); PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD hasta por la suma mínima de **cien (100) S.M.M.L.V.** (Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos, Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. **El contratista se obliga a mantener vigente la(s) garantía(s) durante la ejecución del contrato las cuales incluirán sus adiciones y prorrogas**. La Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **PARÁGRAFO.-** Las pólizas deberán ser entregadas dentro de los **ocho (08) días hábiles** siguientes a la suscripción de la presente orden de prestación de servicios en la Dirección de Contratación de la E.S.E. DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. PARÁGRAFO PRIMERO: **De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuente su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el CONTRATISTA no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. PARÁGRAFO SEGUNDO: Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula.** DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA: Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA,

a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 *"Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"*. **VIGÉSIMA SEXTA.- MANIFESTACIÓN DE NO LAVADO DE ACTIVOS NI FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que el origen de los recursos empleados para la ejecución del objeto del presente contrato son lícitos y ajenos a las actividades que comprenden el tipo penal de lavado de activos, conforme a las disposiciones legales vigentes, en especial el Art. 27 de la Ley 1121 de 2016 *"Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones"*. **VIGÉSIMA SESPIMA.- DOMICILIO**: Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico **claudiapcorralesr@yahoo.com.**

Para constancia se firma en Bogotá D.C. El 01 de septiembre de 2017

Claudia P. Corrales R.

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
GERENTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONTRATANTE

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGEZ
C.C. No. 52.291.772
CONTRATISTA

Los abajo firmantes declaremos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
	Nombre	Cargo	Firma	Fecha(D-M-A)
Revisado por:	Mónica E. González Montes	Directora de Contratación		01 de septiembre de 2017
Proyectado por:	Luis Eduardo Bustos Florido	Apoyo Técnico Administrativo		01 de septiembre de 2017
Control de Calidad	Leidy Viviana Rodríguez Olivares	Apoyo - Profesional Universitario - Abogada		01 de septiembre de 2017

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entre los suscritos a saber **NELSON CIFUENTES LUJAN,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nº. 70.090.061 de Medellín, domiciliado y residente en Bogotá D. C., actuando en nombre y representación de **CENASEL** con Nit.860522599-1 y quien en adelante se denominará el CONTRATANTE y la señora: **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificada con la C. C. No.52.291.772, actuando en su propio nombre y quien para los efectos del presente documento se denominará LA CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por el Código Civil, las normas que regulan la materia, lo establecido en el " Convenio de asociación N.12001 de 2016 celebrado entre Secretaria Distrital de Integración Social - SDIS y el Centro Educativo Nacional de Asesorías Socioeconómicas - **CENASEL - CLAUSULA PRIMERA. Objeto** – Prestar servicios profesionales de PSICOLOGIA para cumplir con los compromisos convencionales y el objeto del convenio el cual es: *Aunar esfuerzos técnicos, físicos, administrativos y económicos para mejorar el desarrollo metodológico e implementación de la estrategia de prevención de la habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social fortaleciendo procesos pedagógicos con distintos actores sociales y comunitarios y promoviendo la resignificación de imaginarios relacionados al fenómeno de habitabilidad en calle, en el marco del Convenio Interadministrativo No.10540 del 2015.*

En procura de lograr cabalmente este objeto el contratista se compromete a adelantara las funciones de PSICOLOGA del convenio de asociación 12001 de 2016, entregar productos y actividades que a continuación se enumeran:

1. Conocer los estudios previos, anexo técnico, minuta del convenio y demás documentación relacionada con el fenómeno de habitabilidad en calle orientado por la coordinación del convenio, para que se dé su cabal desarrollo y cumplimiento.
2. Construir e implementar conjuntamente con el equipo de trabajo el plan de acción territorial para la implementación de la estrategia de prevención que den cumplimiento al objeto del convenio.
3. Aportar en la construcción de las guías metodológicas así como de los aspectos conceptuales para la cartilla virtual donde se incluya información relevante a nivel individual, familiar y comunitario, desde el área profesional de la psicología, en los temas de consumo de SPA y VIF
4. Liderar el desarrollo de los encuentro – talleres de ampliación de capacidades para la prevención.
5. Realizar intervención y acompañamiento Psicosocial en casos específicos con la población en alto riesgo de habitar la calle, en el contexto individual y familiar. A mínimo sesenta(60) participantes.
6. Aportar en la construcción de las guías para los talleres de ampliación de capacidades para la prevención así como en la lectura territorial del fenómeno para la cartilla virtual.
7. Realizar diagnósticos de la población en mayor riesgo de habitar la calle para identificar comportamientos asociados al inicio de la habitabilidad de calle que aporte a la ruta de la prevención en el marco del convenio
8. Asistir a las reuniones programadas por el Proyecto 1108 o por cualquier dependencia de la SDIS, relacionadas con el desarrollo del objeto del convenio.
9. Participar en las reuniones del equipo de recursos humano aplicado al Convenio de asociación convocados por la coordinación del convenio.

10. Apoyar la elaboración de los informes de avance técnicos por componente y del informe final de ejecución del convenio de asociación.
11. Realizar registro fotográfico de por lo menos el 80% por ciento de las actividades ejecutadas.
12. Participar en el equipo territorial para las actividades de la estrategia de prevención que se le asigne.
13. Las demás Obligaciones inherentes a la naturaleza y objeto de la implementación de la estrategia de prevención.

Parágrafo 1: Las anteriores actividades y productos se realizaran y elaboran de conformidad a lo establecido en los estudios previos, anexos técnicos, propuesta técnica presentada por CENASEL y la minuta del Convenio de asociación de 12001 de 2016 celebrado entre SDIS y CENASEL documentos que la contratista manifiesta tener conocimiento y manejo técnico de todos los aspectos que allí se expresan. Estos documentos son parte integrante del presente contrato. **Parágrafo 2**. La contratista se compromete a aplicar los ajustes, cambios o modificaciones que el comité técnico oriente, al igual que los lineamientos que la supervisión del convenio de asociación de 12001 de 2016 SDIS y CENASEL, señale a los informes y productos entregados; la no aplicación de estos es causa justificada para el no desembolso de la cuota correspondiente al siguiente periodo. **CLAUSULA SEGUNDA.** El enfoque de la intervención es interdisciplinario y trabajo en equipo. El contratante podrá ajustar, agregar o modificar las funciones de conformidad al marco general de los lineamientos técnicos del **CENASEL.** Para el reporte de la ejecución de las funciones y entrega de productos utilizara todos los medios y herramientas de las telecomunicaciones que estén a su alcance; en particular el correo electrónico, celular, cámara fotográfica y computador **CLAUSULA TERCERA:** El contratista responderá por la calidad y veracidad de la información suministrada respecto a la ejecución de las funciones y productos objeto del contrato; al igual que de la información derivada de los reportes que provienen del cumplimiento de las funciones y productos objeto del convenio de asociación. **Parágrafo 1.** En caso que se compruebe que el contratista ha incurrido en irregularidades respecto a suplantaciones, falsificación de soportes documentales o cualquier clase de información que afecten el incumplimiento del objeto del Contrato, responderá por los perjuicios causados y por las sanciones penales a que diere lugar dicha conducta **CLAUSULA CUARTA: Plazo**. El plazo para la ejecución del presente contrato será de seis (6) meses contados a partir del diecinueve (19) de octubre dos mil dieciséis (2016) y podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito. **CLAUSULA QUINTA- VALOR DEL CONTRATO:** El valor total de este contrato es la suma de diecisiete millones trescientos cincuenta y ocho mil pesos. ($17.358.000oo). Los cuales se pagaran de la siguiente forma: seis (6) cuotas, cada una por un valor de dos millones ochocientos noventa y tres mil pesos ($2.893.000.oo). Los desembolsos se efectuaran dentro un periodo de tiempo no inferior a treinta (30) días entre cuota y cuota, previa la presentación de la Certificación de cumplimiento de las actividades y la entrega de productos expedida por el coordinador del convenio de asociación. **Parágrafo 1**.No se podrá expedir certificación de cumplimiento para el desembolso de una o más cuotas siguientes, si el contratista tiene pendiente la realización de actividades o la aplicación de ajustes, cambios, correcciones o modificaciones a productos del periodo anterior. En todo caso los desembolsos establecidos en esta clausula estarán supeditados a los tiempos en que La SDIS efectúen los desembolsos a CENASEL. **CLAUSULA SEXTA.** EL CONTRATANTE, se obliga a facilitar el acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y, estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. Se obliga a entregar al contratista el material que sea necesario de manera oportuna para el cumplimiento del objeto del contrato. **CLAUSULA SEPTIMA. Obligaciones de la contratista**. - EL CONTRATISTA se obliga a cumplir en forma eficiente y

oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio y en general con las cláusulas de este contrato. **OCTAVA. INVENCIONES:** Las invenciones y producción intelectual realizadas por el CONTRATISTA, dentro el marco del cumplimiento del objeto del contrato, sus funciones y actividades serán propiedad del contratante. **Cláusula Penal.** – En caso de incumplimiento por alguna de las partes de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato dará derecho al CONTRATANTE o al CONTRATISTA según el caso, a pagar el cinco (5) por ciento del total del valor del contrato. **NOVENA. Terminación anticipada del contrato**. - El presente contrato podrá darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes; en forma unilateral por el Contratante sin ningún tipo de indemnización, cuando exista modificaciones del convenio de asociación No 12001 de 2016 celebrado entre la SDIS y CENASEL, que a juicio de este imposibiliten la ejecución del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA. Independencia del contratista**. – EL CONTRATISTA actuará por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a subordinación laboral con el CONTRATANTE y sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del contrato, a exigir el incumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y al pago de los servicios estipulados por la prestación del mismo. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.** La CONTRATISTA, asume la responsabilidad de las obligaciones de seguridad social en cuanto a Plan Obligatorio De Salud, Fondo De Pensión Y Riesgos Profesionales; La CONTRATISTA se obliga a presentar los soportes que acredite el pago de seguridad social cada mes a más tardar dentro los diez primero días y/o cuando el CONTRATANTE O SU REPRESENTANTE lo requiera. La no presentación de este soporte es causal de incumpliendo del contrato y suspensión del pago de las cuotas establecidas en la cláusula tercera de este documento. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. Exclusión de la relación laboral**. – Queda claramente entendido que no existirá relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y la CONTRATISTA. **CLAUSULA DECIMA TERCERA. Cesión del contrato**. – Queda prohibido a la CONTRATISTA ceder parcial o totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero salvo previa autorización expresa y escrita del CONTRATANTE. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: Domicilio contractual**. – Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será Bogotá y las notificaciones serán recibidas por la parte CONTRATANTE en la siguiente dirección: Avenida - Calle 19 No. 10-08 Oficina 304. Y por parte de contratista en Diagonal 53 sur No. 61F – 35 interior 2 esta ciudad. **CLAUSULA DECIMA QUINTA Cláusula compromisoria**. – Toda controversia o diferencia que pueda surgir con ocasión de este contrato, su ejecución y liquidación, se resolverá por un mecanismo alternativo de solución de conflictos de acuerdo con lo estipulado en la Ley.

Para constancia las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, el día veinte (20) del mes octubre del año dos mil dieciséis (2016).

Contratante _____
NIT 860 522 599 - 1

Contratista Claudia P Corrales R
C. C. No. 52.294.772 Bta.

Testigo_____

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**. suscribió en su momento el contrato con **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ, C.C**. No **52.291.772**, cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

VIGENCIA	N° OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR
2012	362	1 de noviembre de 2012	28 de febrero de 2013	10.458.072
2013	226	1 de marzo de 2013	31 de agosto de 2013	16.617.142
2013	1272	6 de septiembre de 2013	30 de abril de 2014	22.943.834
2014	238	3 de marzo de 2014	31 de agosto de 2014	17.378.733
2014	635	1 de septiembre de 2014	2 de febrero de 2015	14.645.001
2015	445	3 de febrero de 2015	31 de enero de 2016	36.219.990
2016	598	11 de febrero de 2016	29 de febrero de 2016	1.922.927
2016	1248	1 de marzo de 2016	30 de junio de 2016	12.967.008

OBJETO DEL CONTRATO:

- PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA COMPONENTE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SUBPROCESO SIVIM DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SUBSISTEMA SISVECOS DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
-

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA:

1. Realizar asesorías integrales en psicología a las familias y sus integrantes en casa, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
2. Realizar asesorías integrales en psicología a nivel individual con estudiantes en las Instituciones Educativas, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
3. Realizar asesorías integrales en psicología a nivel individual con la población beneficiaria en las Instituciones de protección, según la etapa de ciclo vital y la condición o situación diferencial en razón de su género, etnia o posición social; conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
4. Realizar asesorías Psicológicas en Trabajo Saludable (ámbito laboral); conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud.
5. Desarrollar procesos de asistencia técnica en psicología a los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, institucional, comunitario, ambiental), conforme su saber disciplinar en las ciencias de la salud, en función de los requerimientos del equipo territorial de APS.
6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
7. Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
8. Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
9. Desarrollar las acciones de su competencia en los Servicios de Salud Colectivos, conforme al plan de acción de cada equipo territorial.
10. Participar en las actividades de planificación y gestión territorial conforme los requerimientos del equipo de coordinación territorial.
11. Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
12.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades.
13.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA SUBPROCESO SIVIM:

1.- Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo de los eventos de interés en salud publica, de acuerdo a los protocolos nacionales y distritales.
2.- Apoyar la elaboración del plan de acción orientado hacia el fortalecimiento del sistema de vigilancia poblacional y comunitario.
3.- Realizar la captación y seguimiento de los casos identificados para facilitar su canalización y atención integral así como la restitución de derechos de los afectados.
4.- Garantizar la discriminación de la información captada o recopilada a través de la vigilancia epidemiológica comunitaria con el fin de retroalimentar a la comunidad acerca del comportamiento de los eventos en la localidad.

5-. Realizar acciones de conformación y consolidación de la red de vigilancia en salud publica en los territorios de salud desde un enfoque que reconozca el papel de de la comunidad como agente de acción y transformación del proceso salud enfermedad.
6.- Implementar las acciones de VSP que den respuesta a los eventos, alertas y condiciones identificados por los equipos territoriales.
7.- Favorecer las acciones institucionales, sectoriales (PIC) y de la vigilancia poblacional y comunitaria para la mitigación del impacto de los procesos destructores en el proceso de salud enfermedad concurriendo a la prevención y atención de las urgencias y emergencia en salud publica a nivel local y territorial.
8-. Desarrollar las acciones relacionadas con la preparación y respuesta de urgencias y emergencias en salud publica en el distrito capital a nivel local.
9-. Presentar informe de visita consolidado para la revisión del coordinador de VSP y organizar los documentos debidamente relacionados.
10-. Consolidar información de actividades ejecutadas por territorios y micro territorios.
11-. Diligenciar de manera completa completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
12-. Notificar todos los eventos de interés de salud publica detectados en cada una de sus intervenciones.
13-. Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
14-. Desarrollar las acciones de su competencia en los servicios de salud colectivos, conforme al plan de acción de cada equipo territorial.
15-. Participar en las actividades de planificación y gestión territorial conforme los requerimientos del equipo de coordinación territorial.
16-. Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
17.- Informar por escrito con una antelación no inferior a quince (15) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato. Prestar el apoyo requerido por el HOSPITAL en situaciones de contingencia o emergencia.

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA SUBSISTEMA SISVECOS:

1.- Realizar seguimiento a los psicólogos dentro del subsistema de SISVECOS.
2.- Identificar los casos de conducta suicida (Ideación, amenaza, intento (tentativa e intento) según riesgo y localidad que son canalizados por la comunidad, UPGD y UI y cumplen con los criterios de calidad del dato además se realiza búsqueda activa institucional en las localidades donde el reporte es menor a 18 casos de casos fatales y no fatales.
3.- Facilitar la estructuración del sistema de vigilancia local y distrital de la conducta suicida mediante el mantenimiento de las UPGD y UI.
4.- Caracterizar los casos de conducta suicida y realizar investigación epidemiológica de campo en aquellos que por su externalidad, magnitud e impacto en la comunidad que requieren restablecer el soporte psicosocial, el restablecimiento emocional y dirigir a las intervenciones para su prevención.
5.- Realizar acciones de Fortalecimiento al apoyo institucional mediante las rutas de intervención que permitan la canalización y seguimiento de los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio según la valoración del riesgo mediante las actividades de los equipos básicos como asesorías o actividades grupales, especialmente los casos moderados y severos.
6.- Consolidar la red de VSP mediante el mantenimiento de UPGD, UI y la cualificación de los profesionales que están realizando procedimiento intervención en conducta suicida, además se realizará soporte técnico al sistema y a los profesionales en Salud Mental.
7.- Implementar las acciones de VSP que den respuesta a los eventos, alertas y condiciones identificados por los equipos que territoriales.

8.- Favorecer las acciones institucionales, sectoriales (PIC) y de la Vigilancia Poblacional y Comunitaria para la mitigación del impacto de los procesos destructores en el proceso salud enfermedad concurriendo a la prevención y atención de las urgencias y emergencias en salud pública a nivel local y territorial.
9.- Apoyar las acciones relacionadas con la preparación y respuesta de urgencias y emergencias con impacto en salud pública en el Distrito Capital a nivel local.
10.- Presentar informe de visita consolidado para la revisión del coordinador de VSP y organizar los documentos debidamente relacionados.
11.- Desarrollar procesos de asistencia técnica en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, institucional, comunitario, ambiental), conforme su saber disciplinar en las ciencias de la salud, en función de los requerimientos del equipo territorial de APS.
12.- Consolidar información de actividades ejecutadas por territorio y micro territorios.
13.- Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
14.- Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
15.- Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
16.- Desarrollar las acciones de su competencia en los Servicios de Salud Colectivos, conforme al plan de acción de cada equipo territorial.
17.- Participar en las actividades de planificación y gestión territorial conforme los requerimientos del equipo de coordinación territorial.
18.-Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud.
19.- Informar por escrito con una antelación no inferior a quince (15) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato. Prestar el apoyo requerido por el HOSPITAL en situaciones de contingencia o emergencia.

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato con **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ,** en Bogotá D.C. a los Teinta y un (31) días, del mes de Agosto de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

Luz Elena Garzon Bejarano
LUZ ELENA GARZÓN BEJARANO
Tecnologa administrativa III- OPS
Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisi ón del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Massiel Magali Neira González–Profesional Universitario I- Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez – Auxiliar Administrativo II-Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

TEMPORALES
UNO-A S.A

ISO 9001:2008 SGS
Preselección, Selección, Contratación y Nómina del Personal en Misión

CERTIFICACION

Por medio de la presente me permito certificar que la señora CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52,291,772 de BOGOTA D.C., labora en misión para el usuario en servicio HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU - COMP.VIG SAL.PUB.K07L, desde el día 30 de marzo de 2012, desempeñando el cargo de PROFESIONAL, con un salario de $1,400,355.00 Mcte

Tipo de contrato firmado: Obra o Labor Contratada.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 05 dias del mes de Octubre de 2012.

PABLO ANDRES MEJIA BENJUMEA
DIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuníquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1 -320 09 77.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.291.772**

CORRALES RODRIGUEZ

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1974**

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-DIC-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500115-47129122-F-0052291772-20051119 **02097** 05323A 02 164705693

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14420710071

(415)7707212489984(8020) 000001442071007 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 2 9 1 7 7 2	1 9 9 2 1 2 0 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORRALES	RODRIGUEZ	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: DG 52 BIS A SUR 3 F 18 BRR PALERMO SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
claudiapcorralesr@yahoo.com		5 6 9 5 0 3 6	3 1 5 5 4 9 5 4 0 9

CLASIFICACION

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 2 2 0	2 0 1 2 0 1 0 2	8 6 9 2	2 0 1 2 0 1 0 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 7 0 7 1 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-07-2017 04:49:21PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52291772-4 CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

Información General

Dirección DG 52 BIS A SUR 3F 18

Teléfonos 5695036-3155495409

Dirección electrónica claudiapcorralesr@yahoo.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2011

Soporte Inscripción 13765665

Fecha Inicio Actividades 26/05/1998

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002064467

Fuente ICA TE TOCA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Colegio Colombiano
de Psicólogos
www.colpsic.org.co

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090

T.P. No. 112801

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

c.c. 52.291.772

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No **3824** *de* **06/04/2015**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA Identificado(a) con CC número 52291772 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de PSICOLOGO(A) otorgado por LA UNIV NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA "UNAD" el día 18/12/2009 y registrado en el libro 12 Folio 134 año 2009

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA identificado(a) con CC número 52291772 expedida en BOGOTA D.C para ejercer la profesión de PSICOLOGO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 06/04/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.

Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA

Directora de Calidad de Servicios de Salud

Vo.Bo. Daniel Ortiz B

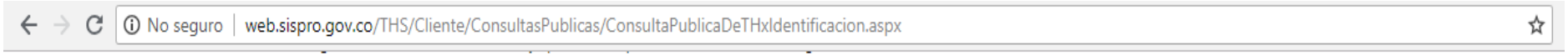
Elaboró Victor Sanchez

Bogotá, D.C 01/02/2016

A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Claudia P. Corrales R

CC. # 52291772

Firma Claudia P. Corrales R.



Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52291772

Primer Nombre *

Claudia

Primer Apellido *

Corrales

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-09-14→5:05:58 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52291772	CLAUDIA	PATRICIA	CORRALES	RODRIGUEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52291772] CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ

2018-09-14→5:05:58 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	NO DISPONIBLE	2015/4/06	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
UNV	Local	PSICOLOGIA	2015/4/06	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO

Nombre: Claudia Patricia

Apellidos: Corrales Rodriguez

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] PASAPORTE [ ] No. 52291772

Fecha de Nacimiento: Día 25 Mes 02 Año 1979

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Sarampion Rubeola	1	30 04 2013	012N1018	HRLLU Pediatra Pediatra
Tétano	1	13-09-12	02924094	HRLLU ALEXANDRA
	2	17-10-12	0241901ID	HRLLU Pediatra
	3	30 04 13	0241100K	HRLLU Pediatra
	4			
Hepatitis B	X	29/03/2012	032E1004	
	2	07 MAYO 2012	HEPATITIS B 03581009 NOV-14	
	3	21 Nov 12		

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis A	1			
	2			
	3			
Influenza	1	28-07-12	1203601	HRLLU - PT ALEXANDRA
	2	04 AGOSTO 2017 P3A5G1V		Pediatra
	3			
	4			
Fiebre Amarilla	1	28-07-12	1191VFC0322	HRLLU-PT ALEXANDRA

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
Regimen: COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000006936

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

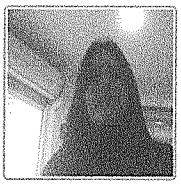
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 04/08/2017 14:00:52

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ **C.C** 52291772

EDAD 43 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** PSICOLOGA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometría	[ ]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Audiometría	[ ]	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR (OSM)
Espirometría	[ ]	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO [x] MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO [ ] MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS - USO DE MEDIAS ANTIVARICE - HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI [ ] NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Claudia P Corrales R

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biometrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolucion No. 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	14/09/18	CIUDAD:	Bogotá D. C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2 1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Corrales	Rodriguez	Claudia	Patricia

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52297772	Bogotá D.C.	19921121 04
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25/02/74	Bogotá D.C. Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) CASADO DIVORCIADO(A) X UNION LIBRE	1	2	3155495909

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	TECNOLOGO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL: Educación y Orientación familiar	Psicóloga

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Diagonal 52 B BIS A Sur 3f 18	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5695036

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO		NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI NO X	Digitar el codigo del rut	7220 / 8692
		NO X	ICA	SI NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI NO X		SI NO X

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	AUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
$0	$0	$0	$0

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Ariza	Aleida	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle 70C #111D29	Bogotá D.C.	Amiga	3114830721

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Caja Social	Cuenta de Ahorros	24082379975	Ciudad Tunal	2797044

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Digite su profesión Psicóloga

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Claudia Morales R.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.291.772 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170803	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
YISETH PARIS CORRALES	AA	1023904506	CC	20180201	0	Activo	633
ALEJANDRA PARIS CORRALES	HI	1031153152	CC	20170803	0	Activo	631

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARIA FERNANDA SANCHEZ
10132474

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 47
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 52.291.772, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de septiembre del 2018.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52.291772	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Claudia	Patricia	Corrales	Rodriguez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

25/2/1974	Bogotá	Diagonal 52 Bis A Sur 3 F 18	5695036
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Colfondos	3.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Profesional	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

claudiapcorralesr@yahoo.com	315 5 49 54 09
Correo Electrónico	Celular

Claudia P Corrales R
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52,291772			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
Claudia	Patricia	Corrales	Rodriguez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
25/02/1974	Bogotá	Diagonal 52 Bis A Sur 3 F 18	5695036
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Compensar	Colfondos		$ 2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
Profesional			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
claudiapcorralesr@yahoo.com			3155495409
Correo Electrónico			Celular
Firma del Afliado			Firma y Nombre Supervisor del Contrato
			C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 115369557

WEB
17:27:53

Bogotá DC, 13 de septiembre del 2018

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) CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52291772:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

DIANA PATRICIA SALCEDO GIRALDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de septiembre de 2018, a las 17:29:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	522917772
Código de Verificación	522917772180913172939

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.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2440726

Bogotá D.C., 13 de Septiembre de 2018 - 17:31 pm

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) **CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTA

52291772

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:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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 (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:32:28 horas del 13/09/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52291772**

Apellidos y Nombres: **CORRALES RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

CLAUDIA PATRICIA CORRALES RODRIGUEZ *Identificado con* *CC52291772*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0271 CIUDAD TUNAL, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24082379975*
Fecha de Apertura	:	*26 de febrero de 2018*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0625 CARRERA DECIMA de la ciudad de BOGOTA, el día jueves, 13 de septiembre de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:
D2P3L1A5 - DORA EMILSE PATACON

Banco Caja Social
CR. CARRERA DEC. MA
13 SEP 2018 Of. 625
Vo.Bo.
TRAMITADO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social | Establecimiento Bancario

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 28-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CORRALES	RODRIGUEZ	CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52291772

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES FEB AÑO 1974

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Diagonal 52 BIS A SUR 3 F 18

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5695036

EMAIL claudiapcr74@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES AGOSTO AÑO 1999
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	2	X		ESPECIALISTA EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR	7	2015	
UN	10	X		PSICOLOGO	12	2009	112801

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 28-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Sub Red Sur Occidente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Psicologa	*DEPENDENCIA*: Proyecto UEL	*DIRECCIÓN*: Calle 9 # 34 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CENASEL /SDIS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: 1cenasel@gmail.com	
TELÉFONOS: 2822736	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Psicologa	*DEPENDENCIA*: Territorio	*DIRECCIÓN*: Av Calle 19 # 10 / 08 of 304	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Rafael Uribe Uribe	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5966600	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Psicologa	*DEPENDENCIA*: VSP / territorios	*DIRECCIÓN*: Kra 12 D 26 A 62 Sur	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 28-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Temporal UNO A S.A. / HRUU	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3200977	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 3 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Psicóloga	*DEPENDENCIA*: VSP SIVIM / SISVECOS	*DIRECCIÓN*: Kra 12 D 26 a 62 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	10
PRIVADO	4	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento 28/09/2018

Claudia P. Corrales R

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 28-sep-2018

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