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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Servicios Compl.	FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Graciela Corso Gomez	DOCUMENTO:	23350805		
TELEFONO	312 3026015	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Auxiliar Enfermeria.		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	NO ☐		
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☒		
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐		
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒	N/A ☐		
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI ☒			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒		
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐		
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐		
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐		
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☒	N/A ☐		
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☒		
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☒		
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☒	N/A ☐		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☒		
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☒		
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☒		
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☒		
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☒			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI ☒			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☒			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☒			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°/B° Dirección Talento Humano		Fecha:	

Scanned by CamScanner

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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Servicios Compl.	FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Graciela Corso Gomez	DOCUMENTO:	23350805		
TELEFONO	312 3026015	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Auxiliar Enfermeria.		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☒			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☒			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	N/A ☐		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	NO ☐		
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☒		
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐		
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☒	N/A ☐		
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI ☒			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒		
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐		
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐		
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐		
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☒	N/A ☐		
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☒		
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☒		
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☒	N/A ☐		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☒		
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☒		
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☒		
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☒		
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☒			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI ☒			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☒			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☒			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°/B° Dirección Talento Humano		Fecha:	

Scanned by CamScanner

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
215834	PS 1856 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	11 horas de tiempo transcurrido *(15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	GRACIELA CORSO GOMEZ	17.351.642 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

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: 06-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CORSO	GOMEZ	GRACIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 23350805

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES AGO AÑO 1970

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Boavita

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 14 b N¬ 3-59 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0000000

EMAIL gcorsogomez@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller agricola
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1995

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*
TC	3	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA			

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualizacion: 06-dic-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: HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3282828	FECHA DE INGRESO: DIA 10 MES 1 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: LACTARIO	DIRECCIÓN: Kra 14 # 1-59 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3282828	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 2 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 9 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: PEDIATRIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN: Kra 14 # 1-59 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3282828	FECHA DE INGRESO: DIA 4 MES 2 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 9 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: LACTARIO	DIRECCIÓN: Kra 14 # 1-59 sur	

Scanned by CamScanner

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: 06-dic-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: HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3282828	FECHA DE INGRESO: DIA 3 MES 11 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	DEPENDENCIA: MANTENIMIENTO	DIRECCIÓN: kra 14 # 1 59 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	11	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, Diciembre 06/2018.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualización: 06-dic-2016

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GRACIELA CORSO GOMEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 23350805 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección carrera 14 b N¬ 3-59 sur **Teléfonos** 3123026015 0000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NICK DEREK CORSO GOMEZ	1029149173	HIJO(A)
DAVID ALEXANDER RIAÑO CORSO	1001344479	HIJO(A)
CARMEN GISSELA RIAÑO CORSO	1013652553	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 1.400.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 1.400.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102570751	AV PRIMERA	$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto Agrícola

de Boavita - Boyacá

Autorizado por la Gobernación de Boyacá, según Resolución No. 000830 del 24 de Noviembre de 1993

Confiere a :

Graciela Corso Gómez

C. C. 23.350.805 de Boavita

El Título de

Bachiller Agrícola

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

Rector

Secretario

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

GRACIELA CORSO GÓMEZ

C.C 23.350.805 DE BOAVITA (BOYACÁ)

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Junio de 2015
Anotado en el Folio 14592 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E._____ Inscripción Dane. 11509700020

En la Ciudad de Bosvita a los dos (2) día(s) del mes de Diciembre de 19 95 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación, de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Instituto Agrícola de Bosvita Institución aprobada hasta 1995 en el nivel de Educación Media Vocac. y autorizada por Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER AGRICOLA., según Resolución No. 000830 de Noviembre 24 de 1993.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional. se procedió a otorgar el Título de BACHILLER AGRICOLA. al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

GRACIELA CONDO GOMEZ. C.C. No. 23.350.805 de Bosvita.

Es fiel copia tomada del acta original general No. 23 de Fecha Diciembre 2/95 que consta de 20 alumnos; que comienza con el nombre de MILTON AVILA AVILA. y se cierra con el nombre de LUIS MAURICIO MONTUT LAVIE.

Firmado y sellado por CARLOS EDMUNDO HERNANDEZ. (Rector) y ANA [illegible] HERRERA DE ROJAS. (Secretario).

Dada en Bosvita a los dos (2) día(s) del mes de Diciembre de 19 95.

Firmado y Sellado

Rector

C. C. [illegible]

Secretario

C.C. [illegible]

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 033

ACTA INDIVIDUAL N° 14592

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Junio del año 2015,
G R A C I E L A C O R S O G Ó M E Z
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 23.350.805 De Boavita (Boyacá)
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 14592 del Libro 06 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

PEDRO NEL PEREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Scanned by CamScanner

compensar

INSTITUTO TECNISISTEMAS

LA AGENCIA DE EMPLEO Y EMPRENDIMIENTO COMPENSAR Y EL INSTITUTO TECNISISTEMAS

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO-RESOLUCIÓN 110120 DEL 15 DE ABRIL DE 2013. CERTIFICACIONES ISO 9001- NTC 5555- NTC 5581-NTC 5666

Hace constar que

CORSO GOMEZ GRACIELA

Identificado (a) con CC 23350805

Participó en el Taller de ***HERRAMIENTAS PARA LA CONSECUCIÓN DE EMPLEO***
Con una Intensidad de 8 HORAS.

Dado en Bogotá D.C., El 28 de OCTUBRE del año 2017

DIRECTOR

compensar

INSTITUTO TECNISISTEMAS

LA AGENCIA DE EMPLEO Y EMPRENDIMIENTO COMPENSAR Y EL INSTITUTO TECNISISTEMAS

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO-RESOLUCIÓN 110120 DEL 15 DE ABRIL DE 2013. CERTIFICACIONES ISO 9001- NTC 5555- NTC 5581-NTC 5666

Hace constar que

CORSO GOMEZ GRACIELA

Identificado (a) con CC 23350805

Participó en el Taller de ***COMPETENCIAS TRANSVERSALES***
Con una Intensidad de 40 HORAS.

Dado en Bogotá D.C., El 27 de OCTUBRE del año 2017

DIRECTOR

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

GRACIELA CORSO GOMEZ

C.C.: 23350805

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Graciela Corso Gómez*

Asistió al curso de

ATENCION PREHOSPITALARIA (APH)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gómez
Coordinadora

Ponente

Bogotá, D.C. *Mayo 15 de 2015*

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Gracieda Corso Gómez*

Asistió al curso de

SUTURA I

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica

Docente

Dado en Bogotá D.C, a los 15 Días Del mes De Noviembre de 2014

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010,
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: Graciela Corso Gómez

Asistió al curso de

SUTURA II

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lila Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica

Docente

Dado en Bogotá D.C. a los 15 Días Del mes De Noviembre de 2014

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Graciela Corso Gómez*

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS

Con una intensidad de 50 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lita Janeth Cicua Ramírez
Directora Académica

Instructor Socorrista

Dado en Bogotá D.C, a los 12 Días Del mes De Julio de 2014

Bogotá D.C Diciembre 6/2018

Señores:

FUSDESA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, GRACIELA CORSO GOMEZ 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:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 23350805

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 14b # 3-59 sur

Teléfono: 3123026015

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **GRACIELA CORSO GOMEZ,** identificada con CC. N° 23.350.805, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

N°M370/2006	del	03 de noviembre al 31 de diciembre de 2006
N°TM007/2007	del	02 de enero al 30 de septiembre de 2007
N°TM200/2007	del	01 al 31 de octubre de 2007
N°TM314/2007	del	01 de noviembre al 31 de diciembre de 2007
N°TM004/2008	del	02 de enero al 30 de junio de 2008
N°TM151/2008	del	01 al 31 de julio de 2008
N°TM253/2008	del	01 de agosto al 31 de diciembre de 2008
N°TM002/2009	del	02 de enero al 31 de marzo de 2009
N°TM129/2009	del	01 de abril al 31 de mayo de 2009
N° TM242/2009	del	01 de junio al 30 de junio de 2009
N° TM353/2009	del	01 de julio al 31 de julio de 2009
N° TM467/2009	del	01 de agosto al 31 de octubre de 2009
N° TM606/2009	del	04 de noviembre al 31 de diciembre de 2009
N° TM024/2010	del	12 de enero al 30 de junio de 2010
TM 139/2010	del	09 de julio al 30 de septiembre de 2010
TM 265/2010	del	05 al 31 de octubre de 2010
TM394/2010	del	03 de noviembre al 31 de diciembre de 2010
TM029/2011	del	05 de enero al 30 de junio de 2011
TM242/2011	del	12 de julio al 30 de septiembre de 2011
TM271/2011	del	07 de octubre al 31 de diciembre de 2011
TM 039 2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
TM 266 2012	del	01 al 31 de octubre de 2012
TM 313 2012	del	02 al 30 de noviembre de 2012
TM 464 2012	del	01 al 31 de diciembre de 2012
TM 003 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
TM 151 2013	del	02 de julio al 30 de septiembre de 2013
TM 295 2013	del	01 de octubre al 31 de diciembre de 2013
TM 002 2014	del	02 de enero al 30 de junio de 2014
TM 135 2014	del	01 al 31 de agosto de 2014
TM 279 2014	del	01 al 31 de agosto de 2014
TM 406 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
TM 542 2014	del	04 al 30 de noviembre de 2014
TM 665 2014	del	01 al 11 de diciembre de 2014
TM 786 2014	del	15 al 30 de diciembre de 2014
TM 014 2015	del	02 al 30 de junio de 2015
TM 207 2015	del	02 de julio al 31 de octubre de 2015
TM 377 2015	del	03 al 30 de noviembre de 2015
TM 513 2015	del	17 al 22 de diciembre de 2015
TM 649 2015	del	24 al 31 de diciembre de 2015
AS 1014 2016	del	04 de febrero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-2981-2017	del	08 de febrero al 30 de septiembre de 2017

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Con última orden de prestación de servicios PS-2981-2017, plazo de ejecución del 08 de febrero al 30 de septiembre de 2017, honorarios promedio mensuales ($1.550.000).

OBJETO DEL CONTRATO:
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Participar en el cambio de turno dando la información sobre las necesidades de cada uno de los pacientes, y las novedades administrativas con el fin de continuar con el plan de cuidado. 2. Identificar las necesidades de los materiales e insumos requeridos para efectuar su posterior envío a las diferentes áreas. 3. Realizar los traslados correspondientes a las ordenes de exámenes solicitados para los pacientes que los requieran. 4. Recoger en el área correspondiente las muestras de laboratorio trasladarlas para su análisis y los reportes de exámenes de los pacientes hospitalizados, para posterior archivo en las historias clínicas respectivas. 5. Realizar el traslado de los pacientes teniendo en cuenta las técnicas de seguridad y de mecánica corporal tendientes a garantizar la atención y cuidado del paciente. 6. Realizar el proceso de traslado de documentos de interconsulta, fórmulas médicas, documentos de historia clínica para efectuar su respectiva facturación y llevarlos a la respectiva UFEN para la respuesta por la especialidad consultada. 7. Trasladar los cadáveres a la morgue con el propósito de ser entregados a los familiares, o al ente correspondiente. 8. Realizar aseo y desinfección de las camillas y las sillas de ruedas con el propósito de evitar la contaminación y diseminación de infecciones. 9. Registrar en el libro de control los diferentes exámenes y hojas de atención de urgencias con el propósito de hacer seguimiento y proporcionar información estadística. 10.Velar por el buen uso de los equipos y elementos del inventario.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 07 días del mes de diciembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

DANIELA RODRIGUEZ GOYES
Asesora Dirección Contratación OPS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23,350.805**

CORSO GOMEZ

APELLIDOS

GRACIELA

NOMBRES

Graciela Corso Gomez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-AGO-1970**

BOAVITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-FEB-1989 BOAVITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00127082-F-0023350805-20081112 **0005**852168A 1 6190019957

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14387225816

(415)7707212489984(8020) 000001438722581 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 3 3 5 0 8 0 5	7	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	2 3 3 5 0 8 0 5	1 9 8 9 0 2 0 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Boyacá 15	Boavita 097

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORSO	GOMEZ	GRACIELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C 001

41. Dirección principal: CL 10 A SUR 14 A 23

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
gcorsogomez@yahoo.es		3373515	

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
8692	2016 01 01	8299	2016 08 30					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	12																	

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. Folios: [ ][ ][0] 61. Fecha: 2016 08 30

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: CASALIN TARIFA ALEJANDRO
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 30-08-2016 07.51.07AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-08-2016
Hora: 9:00:18 AM

CONTRIBUYENTE NIT 23350805-7 GRACIELA CORSO GOMEZ

Información General

Dirección CL 10 A SUR 14 A 23

Teléfonos 3123026015

Dirección electrónica GCORSOGOMEZ@YAHOO.ES

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/08/2016

Soporte Inscripción 5959785

Fecha Inicio Actividades 01/01/2016

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: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001114229

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **9273** *de* **18/08/2015**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR 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) CORSO GOMEZ GRACIELA Identificado(a) con CC número 23350805 expedida en BOAVITA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 19/06/2015.
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 CORSO GOMEZ GRACIELA identificado(a) con CC número 23350805 expedida en BOAVITA para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA 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 **18/08/2015**

Original Firmado por
Bernardo Camacho Rodríguez

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRÍGUEZ.
Director de Calidad de Servicios de Salud (E).

Reviso : Daniel Ortiz B
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C Sept 24/15
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Graciela Corso Gomez
CC. # 23350805
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info. Línea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ HUMANA

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 23350805

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→4:20:47 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	23350805	GRACIELA		CORSO	GOMEZ	Ver

Información Detallada [CC: 23350805] GRACIELA CORSO GOMEZ

2018-12-14→4:20:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	NO DISPONIBLE	2015/8/18	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2015/8/18	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).

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.
SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

CARNET DE VACUNACIÓN



Nombre	Graciela Corso
Dirección	Calle 11 Sur #14-30
Teléfono	2800283
H.C.	23350505
Entidad Vacunadora	H Santa Clara

HEPATITIS B HEPAVAX GENE® SANOS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1a	XII - 5/67	2060241	
	2a	IV - 4/08	20611103	
	3a	VI - 12/08	20611103	
	(4)	U S BIC.	2061N34033	Inmunosalud

INFLUENZA AGRIPPAL® S1	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	3$-10/08	0572I	

VARICELA VARICELA VACCINE GSK	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

HEPATITIS A EPAXAL®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1	30/Nov/16	1034D101	

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
Tétanos	1ª	Junio 13/08	B3054-1	
Refuerzo	2a	Julio 11/08	B3133-1	
Tétanos	3ª	Mayo 21/08	B3	
tetanos	4ª	Nov 30/16	1103	
tetanos (5)		U S BIC.	D2299.	

Scanned by CamScanner

Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8228397

Orden No:	**8228397**	Fecha de ingreso:	22-Aug-2018 12:59 pm
Paciente:	**CORSO GOMEZ GRACIELA**	Fecha de impresion:	27/09/2018
Documento Id:	CC 23350805	Edad:	48 Años 0 meses 3 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3123026015
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN

90303904

Nombre.	CORSO GOMEZ GRACIELA	Fecha de recepcion	03-sep-2018 3:33 pm
Identificacion	CC 23350805 Tel.	Fecha de impresion	14-sep-2018 11:33 am
Edad	48 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8228397	Fecha Validacion	03-sep-2018 8:14:00p.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

```
V. de Referencia:
   No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
   Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
   Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml
```

DRA ELIANA GISELA DIAZ IBAÑEZ
INSC.2.063.187
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

Scanned by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : COMUN
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000103389

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 06/12/2018 09:22:53

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: GRACIELA CORSO GOMEZ **C.C** 23350805

EDAD 48 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometria	☐	Cuales	
Espirometria	☐	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 ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA - NUTRICION - ENDOCRINOLOGIA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE MEDIAS ANTIVARICES

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

SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Claudia Patricia Granados P.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.
E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

GRACIELA CORSO GOMEZ

C.C.: 23350805

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Jose Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

MEJOR

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

GRACIELA CORSO GOMEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 23.350.805

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
Subdirector (E)
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

49663259 - 09/02/2018
FECHA REGISTRO

autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número
)5001582562CC23350805C.

Scanned by CamScanner

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

CODIGO: ET-CA-FT-011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	17-12-18	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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:	OTRO
☐	☐	☒	☐	☐		

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Corso	Gomez	Graciela	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	23.350.805	Boyuta (Boyaca)	1989/02/02
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
19-08-70	Boyuta (Boyaca)	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	2	3	3123026015

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION/ OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	CUAL:	OTRO	Auxiliar de Enfermeria
TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐			OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cra 14b # 3-59 sur	Bogotá	Cundinamarca		

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
gcorsogomez@yahoo.es				

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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	8692	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente E.S.E

Scanned by CamScanner

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☒ LUD ☐	NIT	900-959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ OLOGIA ☐ ENTOS MIE ☐ MIENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
cra 14b # 1-54	3282828	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxilcar de Enfermeria	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)		31-10-2006

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		GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1'500.000	ARRIENDOS	800.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'500.000	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
Cuotas de los niños			

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cruz	Tovar	Johana	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cra 9E # 88-51	Bogota/ Cundi /Colombia	Amiga	3173450286

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Ahorros	102570751	Av. Primera	

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 ☐ ORTACION ☐ T SFERENCIAS ☐ PRE MOS ☐ PAG RVICIOS ☐ 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.):

Auxiliar de Enfermeria.

Scanned by CamScanner

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores con quienes 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, mensajeros, compañías [illegible], abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos [illegible] bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestiones de [illegible] reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y [illegible] selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
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 harán 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 Título I de la Circular Básica Jurídica 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 consecuencia, 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 [illegible] y [illegible] especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi
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 jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,
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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

Scanned by CamScanner

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GRACIELA CORSO GOMEZ identificado(a) con CC 23350805 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**31/07/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR SEDE CENTENARIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 28 días del mes de noviembre del año 2018 .

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Scanned by CamScanner

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GRACIELA CORSO GOMEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **23350805,** se encuentra afiliado (a) desde **24/10/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de diciembre de 2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Scanned by CamScanner

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

23350805			SURA
Numero de Documento			ARL
GRACIELA		COLSO	GOMEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
19/08/1979	BOAVITA	Cra 14b #3-59 sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
NUEVA E.P.S	COLPENSIONES	$1'524.600 =	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR DE ENFERMERIA			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
gcolsogomez@yahoo.es		3123026015	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39658029

Islena Idárraga Toro

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

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 03 diciembre 2018

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 03/12/2018 15:30, con relación a la afiliación y cobertura de GRACIELA CORSO GOMEZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 23350805, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/04/2018
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2,436

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C233508051833755815

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos
Dirección IP:186.154.209.130,

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119239736

WEB
17:52:35

Bogotá DC, 14 de diciembre 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) GRACIELA CORSO GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 23350805:

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 17:55:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	23350805
Código de Verificación	233508051812141755O4

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2613972

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 17:56 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) **GRACIELA CORSO GOMEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTITRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS CINCO** de BOAVITA

23350805

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_YF93F_5617
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:24:25 horas del 16/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **23350805**
Apellidos y Nombres: **CORSO GOMEZ GRACIELA**

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.

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.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CORSO GOMEZ,GRACIELA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 23.350.805 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102570751, abierta/o desde el 04/12/2006.

Se expide en Bogota el día 5 del mes de Diciembre del año 2018

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner