



← → ↻ 🔒 Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=d4c82540_6f32_4cbf_b2ec_a95173e2fe6b.0600f835_84... ☆ 🌐

Aplicaciones ★ Bookmarks ■ DIAGNÓSTICA IPS S... Ver más 📄 Advantage PACS 📄 Labcore Resultados e 📄 Buscador Códigos C...

 Colombia Compra Eficiente [Aumentar contraste](#) 📧 UTC-5 16:57:38 

Encontrar procedimientos Opciones ▾ Search... 🔍

Confirmación del registro de la compañía

ID de página: 143D1741 AYUDA ⓘ

[Salir para actualizar el registro de la compañía](#)

Felicitades ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ

¡Su empresa ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ con el número de identificación fiscal 1032419759 fue creada con éxito!

Se le ha asignado el rol de Responsable de esta empresa, lo que le permita administrar la información empresarial de la empresa. Si lo desea, puede asignar este rol a otro usuario.

[Haga clic aquí para continuar](#)

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Inglés ▾ 018000-52-9808 Chat en línea

 CEDULA Y TARJETA ...tif ^  CERTIFICADO LABO...tif ^ [Mostrar todo](#) X

 ES 🌐 04:54 p.m. 15/11/2017



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 DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROSSIASCO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VELASQUEZ	NOMBRES ELIANA PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1032419759	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES MAR AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 2 C N 48 R 66 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3209021880 EMAIL pau.rossivel@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 BACHILLER				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico, en Modalidad Academia Escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría o Magister). DC (Doctorado o PhD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA	1 2012	1032419759

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 11-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE KENNEDY	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4480030	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADORA QUIRURGICO	DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA	DIRECCIÓN 1 De Mayo #40B-54	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3283105	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 9 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA	DIRECCIÓN Cra. 14b No. 1 45 sur, Bogota	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3282300	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 3 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 9 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADOR QX	DEPENDENCIA CIRUGIA	DIRECCIÓN CRA 8 No. 17 45	

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	11
PRIVADO	1	6



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: 11-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	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 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTÁ DIC 11 2018

Firma manuscrita

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.

BOGOTÁ 2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1032419759 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 2 C N 48 R 66

Teléfonos 3209021880 3209021880

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE ENRIQUE ROSSIASCO	19153152	PADRE
ELIZABETH VELASQUEZ OLAYA	41565449	MADRE

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	\$ 2.901.414,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 2.901.414,00

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	NOMINA	102654795	RESTREPO	\$ 200.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	IXS311	\$ 34.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
GMAC FINANCIAL	PRESTAMO VEHICULAR	\$ 30.000.000,00



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



EN ATENCIÓN A QUE:

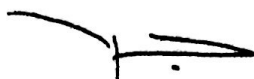
ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ

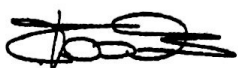
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.032.419.759 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 22 DE ENERO DE 2013


RECTOR


PRESIDENTE DE EL CLAUSTRO


PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO


DECANO


SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No. 11153 de 1978 Reconocimiento institucional como
Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 05 de diciembre del año 2012, según consta en el Acta No. 1004 y Acuerdo No. 11468 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

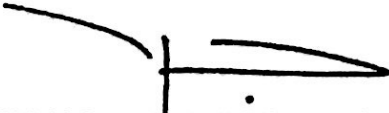
ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ
C.C. 1.032.419.759 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

En ceremonia solemne del día 22 de enero del año 2013, se le hace entrega del diploma No.08384, el cual aparece registrado con el No. 8298, al folio 488 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2013.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los veintidós (22) días del mes de enero del año dos mil trece (2013).


CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 094596

Por una Cultura de la Vida, su Calidad y su Sentido

Carrera 7 b bis No. 132 - 11, PBX (571) 648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Eliana Paola Rossiasco Velasquez 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Profesional en Instrumentación Quirúrgica
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

PAOLA ROSSIASCO

No. de documento:

1032419759

Tarjeta profesional No.:

1032419759

Dirección de contacto:

Cr 2 Ch 48 R 66 Sur

Teléfono:

320 9021880

Diagonal 34 5-43
Código Postal 11031174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentrooriente@saludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

**Hospital Universitario
Clínica San Rafael**

BOGOTÁ | COLOMBIA

Hospital Universitario Clínica San Rafael
Carrera 8 N. 17-45 Sur | Bogotá, Colombia
Teléfono: +57 1 3262300
www.clinicasanrafael.com.co

DTH-2395-15

**EL DIRECTOR DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLINICA SAN RAFAEL**

HACE CONSTAR

Que **ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ**, identificada con Cedula de Ciudadanía número 1032419759, trabajó en la institución desde la fecha 14 de marzo de 2013 y hasta el 13 de septiembre de 2014. A la terminación de su contrato ocupaba el cargo **INSTRUMENTADORA**.

Se expide el presente en Bogotá, D. C. a los diez y ocho (18) días del mes de agosto de 2015.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA

**Director Talento de Humano
Hospital Universitario Clínica San Rafael**

CONTRATO NUMERO:2517 - 2018
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ - CEDULA No. 1032419759
OBJETO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de instrumentación quirurgica dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:OCHO MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. (\$8704242)
VALOR HORA: \$ \$15.599
PLAZO DE EJECUCIÓN: Tres (03) Meses
FECHA INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2018
FECHA TERMINACIÓN: 30 DE ABRIL DE 2018
SUPERVISOR : LIDER PROCESO SALAS DE CIRUGIA

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 **ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ**, mayor de edad, identificado(a) con cedula No.**1032419759**, 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 de ésta E.S.E., sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO:** **a)** Que el Artículo 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 mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 “Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones” se creó 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 Bogotá 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 la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No. 37 del 20 de Septiembre de 2017, *“Por medio del cual la Junta Directiva modifica los Acuerdos 03 y 015 de 2016, Estatuto de Contratación de la Subred Suroccidente”* **e)** 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. **f)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **g)** 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 Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de instrumentación quirurgica dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **a) Específicas.** Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente, Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes ,Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la Subred; así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de las actividades de la Subred, Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad, Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio, Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación, Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento, Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado, Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..

b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía, el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.
2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular 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.
3. Conocer y aplicar las políticas institucionales.
4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.
5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique 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.
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. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato.
8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.
9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos.
10. 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.
11. Preparar y presentar conforme a su competencia 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.
12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.
13. 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.
14. 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 del contrato.
15. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.
23. Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.
24. Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada.
25. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.

PARAGRAFO PRIMERO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre estado o afiliación al Fondo de Pensiones, E.P.S., ARL y Operadores Pila.

PARAGRAFO SEGUNDO: Las partes de común acuerdo manifiestan que el CONTRATISTA estará afiliado a una Entidad Administradora de Riesgos Laborales A.R.L., se procurará que sea la misma en la que se encuentra afiliado el CONTRATANTE con el propósito de garantizar el programa de salud ocupacional.

TERCERA.- VALOR: El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **OCHO MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE. (\$8704242)** valor resultante del valor hora contratada por la cantidad de horas requeridas.

CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: El valor del presente contrato será cancelado por el **CONTRATANTE** con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 33 del 12 de enero de 2018, Rubro: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES**, expedido por 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 mensualidades vencidas, 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 del valor hora **QUINCE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE. (\$\$15.599)** por la cantidad de horas requeridas, conforme a la tabla de honorarios, 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.
2. Certificado de Cumplimiento.
3. 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.- 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. **SÉPTIMA.- 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. **OCTAVA.- 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. **NOVENA - 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.- 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 pertinentes. **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 PRIMERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencia 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 SEGUNDA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, 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 TERCERA.- DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: **a)** Formato de requerimiento debidamente diligenciado. **b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. **f)** Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA CUARTA.- 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 QUINTA.- 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 SEXTA.- 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. **DÉCIMA SÉPTIMA.- PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al CONTRATANTE. Así mismo, el CONTRATISTA garantiza que los servicios prestados a la E.S.E no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **DÉCIMA OCTAVA.- 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 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. **VIGESIMA.- EXCLUSIÓN DE RELACION 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 ejercer cualquier acción judicial de carácter laboral con ocasión del presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión. **VIGÉSIMA PRIMERA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** El CONTRATISTA es una entidad independiente 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 SEGUNDA.- CONSENTIMIENTO.** El CONTRATISTA autoriza al

Área de Contratación de la Subred, a entes de control tanto internos como externos y a la Gerencia para que tengan acceso a los registros que reposan en la carpeta de contratación, con fines informativos y de verificación en el momento en que se requiera. **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. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **LIDER PROCESO SALAS DE CIRUGIA** 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 el Estatuto y Manual de Contratación de la Subred. **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 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.- DOMICILIO:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C.

El presente contrato se perfecciona a través de la firma electrónica.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.032.419.759

NUMERO

ROSSIASCO VELASQUEZ

APELLIDOS

ELIANA PAOLA

NOMBRES

Paola Rossiasco V

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

08-SEP-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500113-45153571-F-1032419759-20061024

0621606297A 02 215579173

CONTRIBUYENTE NIT 1032419759-9 ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ

Información General

Dirección KRA 2C 48R 66 SUR

Teléfonos 5682603 / 3108741073

Dirección electrónica pau.rossivel@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/02/2013

Soporte Inscripción 15301679

Fecha Inicio Actividades 30/01/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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 APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001069670



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ELIANA PAOLA
ROSSIASCO VELASQUEZ

C.C. 1032419759

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

Expedicion 23/05/2013



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2888 de 13/03/2013

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 DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ROSSIASCO VELASQUEZ ELIANA PAOLA identificado(a) con CC número 1032419759 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA otorgado por LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE el día 22/01/2013 y registrado en el libro 8298 Folio 488 año 2013. 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 ROSSIASCO VELASQUEZ ELIANA PAOLA identificado(a) con CC número 1032419759 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA 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 13/03/2013

DUPLICADO/02/10/2014

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Elaboró: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Báñez.

Bogotá, D.C.

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____

CC. # _____

Firma

Cra. 32 No. 12-61
Tel.: 364 8080
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

1032419759

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

El ciudadano con Identificación CC
1032419759, se encuentra inscrito en el
Registro Nacional de Talento Humano en
Salud.



Orden No: 8218304
Paciente: ROSSIASON ELIANA PAOLA
Documento Id: CC 1032419759
E.P.S: HOS-USAQUEN
Sede: USAQUEN
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

8218304
Fecha de ingreso: 21-Aug-2018 4:35 pm
Fecha de impresión: 30/08/2018
Edad: 30 Años 0 meses 0 días Sexo F
Telefono: 3209021880
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]

INFECCIOSAS

VALORES DE REFERENCIA:

>847.0^Reactive mIU/mL

NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL
REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL

Firma Responsable

Fecha validación 8/26/2018 4:44:00PM


Dra. Pilar Zuluaga
Bacteriologa

CONCEPTO MEDICO SALUD OCUPACIONAL

LUGAR: Bogota FECHA: 21-10-17 HORA: 9:30 AM
 EMPRESA: Hospital Santa Clara CARGO: Instrumentador

IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO: Rosiasco SEGUNDO APELLIDO: Velasquez NOMBRES: Eliana Paola
 C.C. Nº: 1032419759 LUGAR: Bogota EDAD: 29 SEXO: F
 DIRECCION: Cra 2c #48r-66 TELEFONO: CELULAR: 3269621880

TIPO DE EXAMEN Marque con una (x)

INGRESO	PERIODICO	☒ EGRESO	CUALES:
REUBICACION	REINTEGRO	OTROS	

EXAMENES REALIZADOS, Marcar con una (x)

EMO INGRESO	☒ VISIOMETRIA	F. RENAL	F. GARGANTA
AUDIOMETRIA	PERFIL LIPEICO	C. HEMATICO	OTROS:
ESPIROMETRIA	GLUCEMIA	COPROLOGICO	
RX TORAX	C. HEMATICO	KOH URAS	

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL	☒ FVE EN LOS QUE REQUIEREN INGRESAR	OTRAS RECOMENDACIONES
PAUSAS ACTIVAS	☒ 1	1
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	☒ 2	2

CONCEPTO DE APTITUD, Marcar con una (x)

APTO PARA LABORAR SIN FATOLOGIAS	☒ SI	☐ NO
APTO PARA LABORAR CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR	☐ SI	☐ NO
PRESENTA FATOLOGIAS INCOMPATIBLES CON SUS FUNCIONES	☐ SI	☐ NO
PACIENTE APLAZADO	☐ SI	☐ NO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐ SI	☐ NO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	☐ SI	☐ NO
APTO PARA TRABAJO ESPECIALIZADO	☐ SI	☐ NO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Firma y Cedula del Trabajador: Rock E HUELLA: Firma y sello del Profesional: [Sello]

Firma y Cedula del Trabajador:

HUELLA

Firma y sello del Profesional:

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

FECHA: 2018-12-17 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: ROSSIASCO SEGUNDO APELLIDO: VELASQUEZ PRIMER NOMBRE: ELIANA SEGUNDO NOMBRE: PAOLA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1032419759 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2006-09-08

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 2018-03-23 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 3209021880

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☒ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: INSTRUMENTADORA QX

DIRECCION RESIDENCIA: CRA 2 C # 48 R 66 SUR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 3209021880

CORREO ELECTRONICO: pau.rossivel@gmail.com 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: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:

SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRO:

PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ IVA SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699

NO ☒ ICA SI ☒ NO ☐ PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		Gobierno ☐	SERVICIOS ☐	ID ☒	# NIT 900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL: <input type="text"/>			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CRA 14 B # 1-45 SUR		3282828		BOGOTA	CUNDINAMARCA
CARGO ACTUAL		INSTRUMENTADORA QUIRURGICA		FECHA VINCULACION	13 SEP DE 2014

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	\$ 2.600.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	\$ 1.045.000	VEHICULOS	\$ 34.000.000	DEUDA VEHICULOS	\$ 21.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 2.600.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.045.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 34.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 21.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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
CAMARGO	PETERS	PAOLA	XIMENA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CLL 15 SUR # 10-31 APTO 301	BOGOTA	AMIGA	3132014901

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORRO	102654795	AVENIDA PRIMERA	5682605

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:					CUAL:
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	ALGO SERVICIOS ☐	

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

DE MI CARGO COMO INSTRUMENTADORA QUIRURGICA EN DICHA INSTITUCION

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 obtengan recursos en mi nombre, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días 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 días 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PAÍSES.

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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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 prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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.

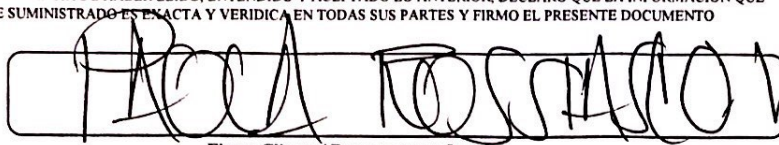
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

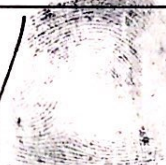
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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 capítulo XI del

Título 1 de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas

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



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:			



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.032.419.759 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170601	No Registrada	355

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE

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: TRANSACCIONES EN LINEA
10557137

CER-AFI

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROSSIASCO VELASQUEZ ELIANA PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.032.419.759** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 07 de marzo de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2018121719072

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1032419759

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

ELIANA

Primer Nombre

PAOLA

Segundo Nombre

ROSSIASCO

Primer Apellido

VELASQUEZ

Segundo Apellido

23/03/1988

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA D.C

Ciudad de Nacimiento

CRA 2 C # 48 R 66 SUR

Dirección de Residencia

3209021880

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PROTECCION

AFP - Pensiones

\$2.900.000

Honorarios

INSTRUMENTADORA QUIRURGICA

Objeto Contractual (Cargo)

16 ENERO DE 2019

Fecha Inicio del Contrato

pau.rossivel@gmail.com

Correo Electrónico

3209021880

Celular

PAOLA ROSSIASCO V.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909401, a partir del 9 de Noviembre del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1032419759	ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ	SANTA CLARA-ASISTENCIA AL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119244416



WEB

02:10:34

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 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) ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032419759:

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.

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 sábado 15 de diciembre de 2018, a las 02:06:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032419759
Código de Verificación	1032419759181215020619

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





Bogotá D.C., 15 de Diciembre de 2018 - 2:14 am

**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) **ELIANA PAOLA ROSSIASCO VELASQUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

1032419759

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 figuren 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 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_7BY1D_132

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 02:20:07 horas del 15/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1032419759

Apellidos y Nombres: **ROSSIASCO VELASQUEZ ELIANA PAOLA**

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 / 91112
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



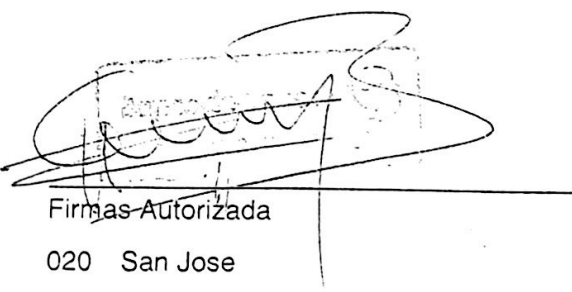
Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ROSSIASCO VELASQUEZ ELIANA PAOLA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1032419759 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

- ☐ Cuenta Corriente No. *-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-* //
- ☒ Cuenta de Ahorros No. 102654795 abierta desde el 11/11/14
- ☐ Créditos hasta por valor de \$ 0.00

CONCEPTO: CUENTA VIGENTE


Firmas Autorizada

020 San Jose

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