ANEXO 4- Formato Datos Básicos Beneficiario Cuenta.

CIUDAD Rionegro FECHA 16/01/2023

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

Apertura [X] Cancelación [ ]

I. DATOS PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA (Beneficiario).

Nombre o Razón Social: Sara Graciela Gomez Rojas

Tipo Documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:	[X]	No. 1017215768	
Cédula de Extranjería:	[ ]	No.	
Nit Persona Jurídica:	[ ]	No.	
Nit Persona Natural:	[ ]	No.	
Otro Tipo Documento:	[ ]	No.	Cuál:
Pasaporte:	[ ]	No.	
Tarjeta de Identidad:		No.	

Dirección: Base Aerea Rionegro Teléfono: 3147159723

E-mail Sara_g_gr@hotmail.com Fax:

Departamento: Antioquia Ciudad: Rionegro Municipio:

Denominación de la cuenta: corriente: de ahorros: X

NOTA 1: Adjuntar fotocopia legible: Cédula de Ciudadanía, RUT o Registro Cámara o documento equivalente.

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera: Bancolombia Código:

Sucursal: San Nicolas Ciudad: Rionegro

Dirección: CC San Nicolas Teléfono: Fax:

Número de la cuenta: 41232595688

NOTA 2: Adjuntar original de certificación bancaria, indicando que la cuenta está activa y vigente. Así mismo, se debe verificar que su expedición no sea mayor a 30 días calendario.
El beneficiario, debe solicitar a la entidad financiera la certificación bancaria con el número de identificación que aparece registrado en el RUT.

Sara Gomez R
Sara Graciela Gomez Rojas
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

Solicitud Aprobada: Solicitud rechazada:

Vo Bo:

Nombre y firma func. perfil presupuesto

Vo Bo:

Nombre y firma func.perfil beneficiario/cta

OBSERVACIONES:

NOTA 3: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras.

NOTA 4: El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo para la apertura de la cuenta bancaria.

ANEXO 9- Notificación Electrónica

Para efectos de lo establecido en el artículo **56 de la ley 437 de 2011** que trata sobre notificación electrónica, manifiesto expresamente que ACEPTO que los actos que se produzcan con ocasión del presente proceso de contratación me sean notificados al siguiente correo electrónico

Sara_g_gr@hotmail,com

Sara Gomez R

Nombre: **Sara Graciela Gómez Rojas**
Profesión: **Auxiliar De Enfermería**
Documento de Identidad: **1.017.215.768**

ENTIDAD RECEPTORA

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, SARA GRACIELA GOMEZ ROJAS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1017215768 de Medellin CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	RIONEGRO
Dirección	KM 3 VIA ZONA FRANCA - BASE AEREA CACOM-5	Teléfonos	3147159723		

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUZ MARINA ROJAS	43.284.112	MADRE
ALEJANDRO DE JESUS GOMEZ PABON	71.710.459	PADRE
JULIETA RAMIREZ GOMEZ	1.011.409.333	HIJA
GABRIELA LONDOÑO GOMEZ	1.011.417.749	HIJA

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 X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	10.000.000
TOTAL	$ 10.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	41232595688	RIONEGRO	$ 1.200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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 X** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
ANDERSON DAVID LONDOÑO JIMENEZ	C.C. X C.E. T.I.	1.106.897.841

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

Sara Gomez R

SARA GRACIELA GOMEZ ROJAS
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

RIONEGRO, ANTIOQUIA 16 DE ENERO DE 2023
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

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

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1017215768

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 01 AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Medellín

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Base Aerea Rionegro

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Rionegro

TELÉFONO 3147159723 EMAIL Sara_g_gr@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* Bachiller Académico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 02 AÑO 2011
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		Secretariado Gerencial	08	2019	
TC	4	X		Auxiliar de Enfermeria	11	2021	05041722

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ARARY SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Rionegro	Ventas@arary.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3157958211	DÍA 15 MES 02 AÑO 2017	DÍA 30 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Cajera	Administrativo	Santa Lucia

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Auxiliar de Enfermeria		6
Cajera		9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Sara Jomez R

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	OA-JEINA-FR-135
	FORMATO No. 5 CONSENTIMIENTO PREVIO EXPRESO E INFORMADO	Versión N°:	03
		Vigencia:	29-04-2021

Yo Sara Graciela Gomez Rojas identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 1017215768 con fecha de expedición 03/02/2012 en uso de mis plenas facultades, doy mi Consentimiento Previo Expreso e Informado[1], para que el Ministerio de Defensa Nacional a través de los funcionarios designados, elabore o actualice el estudio de seguridad de personal requerido.

De conformidad con lo anterior, autorizo que los funcionarios designados por el Ministerio de Defensa Nacional, adelanten las gestiones necesarias para corroborar y ampliar la información por mí suministrada, bien sea solicitando certificación de los documentos a aquellas entidades que los expidieron, o acceder a bases de datos que contengan mi información personal, familiar, social, académica, laboral y financiera, y demás que se considere necesaria, de conformidad a lo establecido en el literal "a" del artículo 5 de la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008.
De igual forma, autorizo el ingreso del funcionario designado por el Ministerio de Defensa Nacional, a mi lugar de residencia con el fin de realizar una visita domiciliaria, y que a partir de la observación y la entrevista, pueda consultar, verificar y ampliar de forma verbal o escrita y por cualquier otro medio contemplado en la Ley, toda la información requerida para mi estudio.

Así mismo y de ser necesario, autorizo para que se me practiquen las pruebas técnicas de veracidad protocolizadas en la Institución.

Los funcionarios designados por el Ministerio de Defensa Nacional para realizar el estudio de seguridad de personal se obligan a guardar la reserva sobre la información y a utilizar la misma en los términos establecidos en el numeral 1º del artículo 9 de la Ley Estatutaria 1266 de 2008 y demás normas concordantes.

De otra parte, manifiesto haber sido debidamente informado, sobre lo siguiente:

1. Que el estudio de seguridad de personal es un procedimiento que se hace de acuerdo con la Constitución Política de Colombia y la Ley, que se trata de un requisito sin el cual no es posible vincularse con el Ministerio de Defensa Nacional, las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, así como otras entidades descentralizadas, adscritas y vinculadas al Sector Defensa.

2. Que la información, procedimientos y resultados del estudio de seguridad de personal se constituyen en un producto de Contrainteligencia por lo tanto gozan de reserva legal, por lo que su acceso y consulta se encuentran limitados de acuerdo a lo consagrado en la Constitución y la Ley.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento de manera consciente, libre de apremio y en forma voluntaria, en la ciudad de Rionegro al (los) 16 días del mes de Enero del año 2023,

Firma del evaluado: Sara Gomez R
Nombres y apellidos: Sara Graciela Gomez Rojas
C.C. No. 1017215768

[1] Ley Estatutaria 1581 de 17 de octubre de 2012 Art. 3. "Definiciones. Para los efectos de la presente ley, se entiende por: a) Autorización: Consentimiento previo, expreso e informado del Titular para llevar a cabo el Tratamiento de datos personales.

NOTA: RESERVA LEGAL, ACTA DE COMPROMISO DE RESERVA Y TRASLADO DE LA RESERVA LEGAL. Se reitera que en Colombia, la información de inteligencia y contrainteligencia goza de reserva legal y, por tal razón, la difusión debe realizarse únicamente a los receptores legalmente autorizados, observando los parámetros establecidos en la Ley Estatutaria 1621 de 2013 y el Decreto 1070 de 2015, en especial, lo pertinente a reserva legal, acta de compromiso y protocolos de seguridad y restricción de la información, de acuerdo con los artículos 33, 34, 35, 36, 37 y 38 de la Ley Estatutaria 1621 de 2013. Con la entrega del presente documento se hace traslado de la reserva legal de la información al destinatario del presente documento, quien en calidad de receptor legal autorizado al recibir el presente documento o conocer de él, manifiesta con su firma o lectura que suscribe el compromiso de reserva legal y garantizará de forma expresa (escrita) y en todo momento, la reserva legal de la información a la que tuvo acceso. La reserva legal, protocolos y restricciones aplican tanto a la autoridad competente o receptor legal destinatario de la información, como al servidor público que reciba o tenga conocimiento dentro del proceso de entrega, recibo o trazabilidad del presente documento de inteligencia o contrainteligencia, por lo cual, se obliga a garantizar que en ningún caso podrá revelar información, fuentes, métodos, procedimientos, agentes o identidad de quienes desarrollan actividades de inteligencia y contrainteligencia, ni pondrá en peligro la Seguridad y Defensa Nacional. Quienes indebidamente divulguen, entreguen, filtren, comercialicen, empleen o permitan que alguien emplee la información o documentos que gozan de reserva legal, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales, a que haya lugar.

IPS MÉDICO´S RIONEGRO
NIT. 900164302-8
Edificio Portón del Tranvía. Calle 59 # 38 55 Piso 6 Int 602
Tel. 4731396 - E-mail. ipsmedicosrionegro@gmail.com
www.ipsmedicos.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 691

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2023 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GOMEZ ROJAS SARA GRACIELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	29 AÑOS 0 MESES 1 DÍAS	CC	1017215768
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCINES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES RESOLUCIÓN 0304 DE 2022 Y 777 DE 2021 POR COVID 19: SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MÉDICA REALIZADA EL USUARIO NO PRESENTA COMORBILIDADES O CONDICIONES QUE LE PONEN EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID 19, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 777 DE 2021.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



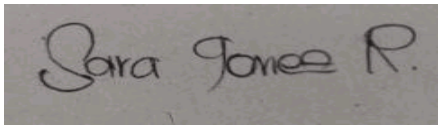
Firma:

Nombre: RAMIREZ JORGE HERNAN

R. M.: 5-4997-12 **L.S.O.:** 038895

Código de Seguridad
H1180N1T691

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GOMEZ ROJAS SARA GRACIELA

CC: 1017215768