Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Maria Isabel Gomez Gonzalez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52315977	
CORREO ELECTRONICO:	petete104@hotmail.com				CELULAR:	3196608015	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SANITARIA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570000570115741				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	6881			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2083	FECHA	2024-09-30 07:51:20.000	NÚMERO DE CRP	60652	FECHA	2024-10-05 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-15		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$909,269				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1,230,187
VALOR EJECUTADO	$909,269
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$909,269
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$320,918
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	74%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
52315977	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución	"Se ejecutan actividades del mes de OCTUBRE de acuerdo al lineamiento del apoyo de Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética - Subred Suroccidente "	" Bases de Distribución de Encuesta del presente mes, por tipo de vigilancia y UPZ, Base de códigos de consecutivos del mes. "
"2-Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad"	"Se realiza entrega de productos en físico con calidad y oportunidad "	Bases de Distribución de Encuesta del presente mes, por tipo de vigilancia y UPZ, Base de codigos de consecutivos del mes, quejas.
3- Recepcion, verificacion, precritica y entrega de fichas de notificacion de los diferentes subsistemas de VSP	No se realiza para el mes de OCTUBRE	No se realiza para el mes de OCTUBRE
4- Realizar busqueda activa comunitaria (BAC) con sus implicaciones barrido de casa, verificación de esquema de Vacunas y fortalecer el cumplimiento del esquema en las poblaciones vulnerables y respectivo soporte	Esta actividad no se encuentra programada en el proyecto Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética - Subred Suroccidente	Esta actividad no se encuentra programada en el proyecto Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética - Subred Suroccidente
5.Realizar bloqueos de vacunacion para y actualizacion del esquema de acunacion.	Esta actividad no se encuentra programada en el proyecto puntos de entrada	Esta actividad no se encuentra programada en el proyecto puntos de entrada
6- Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna	1. Se realiza búsqueda de menores y mayores. De acuerdo con los parámetros establecidos en los lineamientos	1. Se entrega la cantidad de mayores y menores requerida para cada Entrega de productos, envío de correos, revisión de productos,
7- Articuar y generar la activacion de rutas con otros profesionales del area, del sector y de la subred Sur Occidente que atiendan los eventos y poblacion de interés.	"Se realizó actividades en el proyecto de Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética - Subred Suroccidente deL 1 al 15 de Octubre con entrega de 5 encuentas asignadas para el presente mes, distribuidas entre menores de 5 años, menores de 5 a 14 años, adolescentes, adultos mayores de 60 años y REM y 14 Quejas "	Se realizó actividades en el proyecto de Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética - Subred Suroccidente deL 1 al 15 de Octubre con entrega de 5 encuentas asignadas para el presente mes, distribuidas entre menores de 5 años, menores de 5 a 14 años, adolescentes, adultos mayores de 60 años y REM y 14 Quejas
8- Asisitr y participar en las reuniones programadas al interior de la subred y en espacios extrainstituccionales, locales y distritales.	" 1. Asistencia a Reunión mensual de seguimiento al proyecto, asistencia a reuniones virtuales de la subred suroccidente reunión de línea 7 de Octubre de 2024 2. Las demás reuniones convocadas por SDS los demás líderes del proceso "	" 1. Acta y listado de asistencia "
"9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado cuando se requiera. "	No se realiza para el mes de OCTUBRE	No se realiza para el mes de OCTUBRE
10- Verificar concordancia fisico magnetico de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad.	Apoyo técnico y operativo para eventos, según la dinámica nacional e internacional y los lineamientos y normativas vigentes según competencia	Apoyo técnico y operativo para eventos, según la dinámica nacional e internacional y los lineamientos y normativas vigentes según competencia
11- Participar en preauditoria y auditoria de soportes fisicos, seguimiento telefonico y concurrente al igual que en la generacion de planes de mejoramiento segun corresponda.	No se realiza para el mes deOCTUBRE	No se realiza para el mes deOCTUBRE
"12.. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución."	No se realiza para el mes deOCTUBRE	No se realiza para el mes deOCTUBRE
13. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.	No se realiza para el mes deOCTUBRE	No se realiza para el mes deOCTUBRE
14. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por la Subred y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	Apoyo técnico y operativo para eventos, según la dinámica nacional e internacional y los lineamientos y normativas vigentes según competencia	Apoyo técnico y operativo para eventos, según la dinámica nacional e internacional y los lineamientos y normativas vigentes según competencia
"15. Garantizar el adecuado uso de los elementos asignados para el desarrollo de las actividades del talento humano de su subsistema tales como vehículos, Elementos de Protección Personal y equipos y herramientas"	Apoyo técnico y operativo para los eventos, según la dinámica nacional e internacional y los lineamientos y normativas vigentes según competencia y capacidad técnica. Brindar charlas de comunicación de riesgo a viajeros de acuerdo a las alertas epidemiológicas.	Informe de actividades adicionales, Registro fotográfico.

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBREDINTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

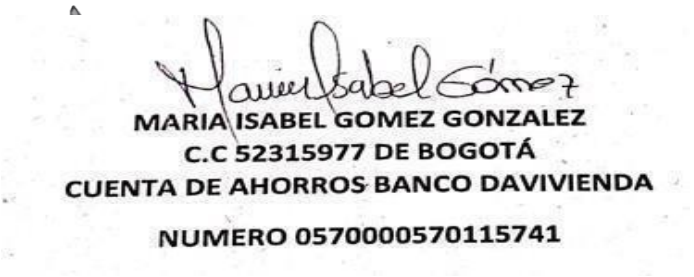
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

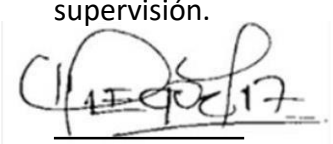
MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ

C.C. 52.315.977 DE BOGOTA

La suma de (Novecientos Nueve Mil Doscientos Sesenta nueve PESOS) ($909.269), por concepto de servicios como (AUXILIAR EN ENFERMERIA) en el COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL, durante el periodo de 01 al 15 de OCTUBRREde 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6881-2024



Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes OCTUBRE 2024 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



DIEGO CASTILLO ORTIZ
Apoyo a la supervisión
Componente de Vigilancia en Salud Ambiental

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) JORGE ALONSO BARRERA PARDO identificado con CC No. 79207395 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 79207395, con vigencia desde 6/1/2013 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	79207395	JORGE ALONSO BARRERA PARDO	54	690	01/06/2013	Vigente		Si
2	52073058	MARY ISABEL PINEDA PAEZ	53	210	01/06/2013	No vigente	30/06/2015	No
3	52315977	MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ	49	424	15/03/2016	Vigente		Si
4	1013125224	JUAN PABLO BARRERA GOMEZ	15	441	15/03/2016	Vigente		No
5	1013108900	GABRIELA ALEJANDRA BARRERA GOMEZ	18	381	15/03/2016	No vigente	30/07/2023	No
6	1013108900	GABRIELA ALEJANDRA BARRERA GOMEZ	18	0	23/10/2024	Vigente		No

Se expide en Bogotá a los 3 días del mes de Noviembre del 2024



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52315977,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de octubre de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52315977 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/10/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - RIESGO III

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C798251152429745554

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 23/10/2024 12.39 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.315.977**

GOMEZ GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA ISABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1975**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

11-MAR-1995 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-1500150-00228298-F-0052315977-20100325 0021774038G 1 5020319059

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2024

Fecha Validación:20-ago-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GOMEZ	GONZALEZ	MARIA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52315977	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES JUL AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 80G No 6-19 Torre 6 APTO 1907

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5711009

EMAIL petete104@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 BASICA											TITULO Bachiller Comercial
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1995
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atencion en salud a victimas de ataque con	AMPJ SALUD	2023	40
Atenciojn integral a victimas de violencia sexual y	AMPJ SALUD	2023	40
tecnico auxiliar de enfermeria	Escuela de Salud San Pedro Claver	1998	1800

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2024

Fecha Validación:20-ago-2024

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

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: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 4399090	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 10 AÑO 2021	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: salud publica	*DIRECCIÓN*: Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Clinica Fundadores	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerente@agmsalud.com	
TELÉFONOS: 7424232	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Auxilir d Enfermeria	*DEPENDENCIA*: Hospitalizacion	*DIRECCIÓN*: Cra39 No 25-15	

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*

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2024

Fecha Validación:20-ago-2024

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*
Privada	0	8
Pública	2	9
Total	3	5

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 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).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento



Firma electrónica:
null

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

Firma electronica validador: null

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 Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52315977 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Cra 80G No 6-19 Torre 6 APTO 1907 **Teléfonos** 3196608015 5711009

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN PABLO BARRERA GOMEZ	1013312522	Hijo(a)
GABRIELA ALEJANDRA BARRERA GOMEZ	1013108900	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	$ 29.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 29.000.000,00

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 Davivienda	Cuenta de ahorros	0570000570115741	KENNEDY	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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 Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ago-2024

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
JORGE ALONSO BARRERA PARDO	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	79207395

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 electrónica:
MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ 20/08/2024 08:31:54

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-ago-2024

CIUDAD Y FECHA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **05/08/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52315977**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570000570115741**
Fecha de apertura	**13/02/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aliansalud eps

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación	Fecha de Radicación
10425543	3 10 2024

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN ANEXAS AL FORMULARIO ANTES DE DILIGENCIARLO

I.DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE		2. TIPO DE AFILIACION						3. REGIMEN		
[ ] AFILIACIÓN	[X] REPORTE DE NOVEDADES	[X] COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA	[ ] BENEFICIARIO O AFILIADO ADICIONAL	[ ] COLECTIVA	[ ] INTITUCIONAL	[ ] DE OFICIO		[X] CONTRIBUTIVO	[ ] SUBSIDIADO	(a registrar por la EPS)

5. TIPO DE AFILIADO			6. TIPO DE COTIZANTE				
[X] COTIZANTE	[ ] CABEZA DE FAMILIA	[ ] BENEFICIARIO	[ ] DEPENDIENTE	[X] INDEPENDIENTE	[ ] PENSIONADO	CÓDIGO	

A.AFILIACIÓN

II.DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

7. APELLIDOS Y NOMBRES

GOMEZ	GONZALEZ	MARIA	ISABEL
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC	8. No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52315977	9. SEXO	[X] FEMENINO	[ ] MASCULINO	10. FECHA DE NACIMIENTO	09/07/1975

III.DATOS COMPLEMENTARIOS

DATOS PERSONALES

11. ETNIA	12. DISCAPACIDAD	TIPO F [ ] N [ ] M [ ]	CONDICIÓN T [ ] P [ ]	13. PUNTAJE SISBÉN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES - ARL	16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	COLPENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	1.300.000

18. RESIDENCIA

CRR 80 G 6 - 9 T 6 AP 1907		3196608015	PETETE104@HOTMAIL.COM
DIRECCIÓN	TEL. FIJO	TEL. CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
CIUDAD /MUNICIPIO: BOGOTA	ZONA U [X] R [ ]	LOCALIDAD / COMUNA: KENNEDY	DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

IV.DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE O CAMPAÑERO(A) PERMANENTE COTIZANTE

19. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	21. No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO [ ] FEMENINO [ ] MASCULINO	23. FECHA DE NACIMIENTO

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

24. APELLIDOS Y NOMBRES

Aliansalud eps
NIT. 830.113.831-0

Powered by CamScanner

Aliansalud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación: 10425543 | Fecha de Radic: 3 10 20

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN ANEXAS AL FORMULARIO ANTES DE DILIGENCIARLO

	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
B1	GOMEZ	GONZALEZ	MARIA	ISABEL

	25. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO
B1	CC	52315977	FEMENINO	09/07/1975

DATOS COMPLEMENTARIOS

	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD					
			TIPO				CONDICIÓN	
B1	Cotizante		F ☐	N ☐	M ☐		T ☐	P ☐

32. DATOS DE RESIDENCIA

	MUNICIPIO / DISTRICTO	ZONA	DEPARTAMENTO	TEL. FIJO Y/O CELULAR	33.VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL (a registrar por EPS)
B1	BOGOTA	URBANA [x] RURAL ☐	CUNDINAMARCA	3196608015	

34. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD - IPS

		CÓDIGO DE LA IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	CHAPINERO	50592

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	37. NO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

38. TIPO DE APORTANTE O PAGADOR DE PENSIONES (a registrar por la EPS)

39. UBICACIÓN

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTÓNICO
MUNICIPIO / DISTRICTO		DEPARTAMENTO

B. REPORTE DE NOVEDADES

8. TIPO DE NOVEDAD

- ☐ 1. MODIFICACION DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION
- ☐ 2. CORRECIÓN DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
- ☐ 3. ACTUALIZACIÓN DOCUMENTO DE IDENTIDAD
- ☐ 4. ACTUALIZACION Y CORRECION DE DATOS COMPLEMENTARIOS
- ☐ 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS

CÓDIGO ☐

- ☐ 6. REINSCRIPCION EN LA EPS
- ☐ 7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
- ☐ 8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
- [X] 9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
- ☐ 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
- ☐ 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
- ☐ 12. DESVINCULACIÓN DE UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
- ☐ 13. MOVILIDAD:

A. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐ B. REGIMEN SUBSIDIADO

- ☐ 14. TRASLADO:

A .MISMO RÉGIMEN ☐ B .DIFERENTE RÉGIMEN

- ☐ 15. REPORTE FALLECIMIENTO
- ☐ 16. REPORTE DE TRÁTAMIENTO DE PROTECCIÓN AL CESANTE
- ☐ 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PRE-PENSIONADO
- ☐ 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE NOVEDAD

Powered by CamScanner