REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.981.942**

GAMA GARZON

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-DIC-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00280114-F-1022981942-20110208 **00256**91737A 1 35934028

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **18/11/2025**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
SUBRED SUR

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUISA FERNANDA GAMA GARZON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022981942**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número [redacted]
Fecha de apertura **06/05/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

Colegio Tenerife Granada Su

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resolución No. 0500069 del 09 de Septiembre de 2009.

Confiere a:

Luisa Fernanda Gama Garzón

T.I. 92111853039

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 19
según los planes y programas vigentes.

Julián Eduardo Prieto Martínez
C.C. 79.463.803 de Bogotá
Rector

María Eugenia Porras R
C.C. 41.057.766 de Letic
Secretaria

Registro Interno

Acta No. 003 **Folio No.** 40

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Luisa Fernanda Gama Garzón

COLEGIO TENER

Acta Individual de Grado
Colegio Tenerife Granada Sur
Institución Educativa Distrital

Cra. 2 Este No. 91 - 14 Sur Tel: 200 67 24
Nit. 830.061.997-1

Dane: 211850007871
Código Icfes Jornada Mañana: 122523
Código Icfes Jornada Tarde: 128546

En Bogotá, D.C., a los 01 días del mes de Diciembre de 2010 se reunieron, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Tenerife Granada Sur Institución Educativa Distrital con el fin de legalizar la graduación de los alumnos de último grado, para otorgar el Título de **Bachiller Académico**, autorizados según Resolución No. 050069 del 09 de Septiembre de 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a darle el título de **Bachiller Académico** al Graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Luisa Fernanda Gama Garzón
T.I. 92111853039

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.03 de Fecha 01 de Diciembre de 2010 que consta de 96 alumnos graduados, inicia con el nombre de Laura Lizeth Abreu Osorio y finaliza con el nombre de Paula Alexandra Velandia León.
Firmada y Sellada por Julián Eduardo Prieto Martínez, en calidad de Rector y María Eugenia Porras Ruiz, en calidad de Secretaria.
Dada en Bogotá, D.C., a los 01 días del mes de Diciembre de 2010.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado por el Artículo 7o. Del Decreto 180 de 1981.
No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación Según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994.

Julián Eduardo Prieto Martínez
C.C. 79.463.803 de Bogotá
Rector

María Eugenia Porras Ruiz
C.C. 41.057.766 de Leticia
Secretaria

Luisa Fernanda Gama Garzón

COLEGIO TENERIFE GRANADA SUR

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA

CORUNIVERSITEC

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional
Mediante resolución No. 260 del 21 de Enero de 1994

Cumplidos los Estudios y Requisitos Exigidos

CONFIERE A:

LUISA FERNANDA GAMA GARZON

C.C. 1022981942 de Bogotá, D.C.

EL TITULO DE:

Tecnólogo en

Gestión de Empresas de la Salud

Se expide el presente Diploma, en testimonio de ello se firma y refrenda con el sello respectivo en Bogotá D.C a los 21 días del mes de Diciembre de 2013

RECTOR
Luis Enrique Parada Pérez

SECRETARÍA GENERAL
Martha Rocío Solorzano Rom

DECANO

UNIVERSITEC

CORUNIVERSITEC

Corporación Universal de Investigación y Tecnología

Personería Jurídica No. 2286 de 1983 Resolución del M.E.N. 260 de 21-01-94

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C, a los 21 días del mes de Diciembre de 2013, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Rector, Doctor **LUIS ENRIQUE PARADA PEREZ**, en el cual la C RPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGIA "CORUNIVERSITEC", *autorizada para el efecto según Personería Jurídica No 2286 de 1983 y Resolución No 0260 del 21* de enero de 1994 del Ministerio de Educación y previo juramento de rigor, confirió el Título de, **TECNÓLOGO EN Gestión de Empresas de la Salud** a **LUISA FERNANDA GAMA GARZON** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **1022981942** expedida en **Bogotá D.C** quien cumplió con todas las normas legales y exigencias establecidas en los Reglamentos de la **CORPORACIÓN UNIVERSAL DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA "CORUNIVERSITEC"**; y le otorgó el diploma No **1223** que lo(a) acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de Diciembre de 2013.

FIRMADO POR:

Luis Enrique Parada Pérez

RECTOR

Héctor Suarez Pinillos

DIRECTOR DE PROGRAMA

Anotada en el Libro de Actas No. 009

REGISTRO No. 1223

FOLIO No. 036

ACTA No. 0325

Martha Rocío Solórzano R.

Martha Rocio Solórzano Romero

SECRETARIO GENERAL

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LUISA FERNANDA GAMA GARZON; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1022981942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3682 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 23.336.950
FECHA DE INICIO	2023-02-10
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-01-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de informacion DGH o en su defecto realizar actualizacion constante de toda la informacion relevante a la identificacion y georreferenciacion de estos, realizar verificacion de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratacion) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la Revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB segun la normatividad y la contratacion, en los casos de facturacion generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,
- 3.Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorizacion utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorizacion con la EAPB, al igual que realizar los tramites de estancias de los censos de pacientes de la institucion registrando los tramites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma,
- 4. Adjuntar todos los soportes del tramite de autorizacion en dinamica Gerencial en la opcion de requerimientos de todos los documentos correspondiente al tramite de autorizacion y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por las EAPB y-o en su defecto la informacion generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinamica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas,
- 7. Apoyar el proceso de facturacion de urgencias y hospitalizacion de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atencion adecuada de los usuarios y la generacion de los recursos de la institucion,
- 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas debera dejar al dia el 100% de las dades contratadas asi como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar
- 9. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 19 días del mes de Noviembre de 2025.

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LUISA FERNANDA GAMA GARZON; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1022981942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3479 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 22.761.375
FECHA DE INICIO	2024-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-01-15
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,
- 3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma
- 4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas,
- 7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución,
- 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las edades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar
- 9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 19 días del mes de Noviembre de 2025.

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) LUISA FERNANDA GAMA GARZON; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1022981942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2457 de 2025
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.459.236
FECHA DE INICIO	2025-01-16
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos , realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Apoyar el proceso de autorizaciones con la EPS de los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma y adjuntando los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 3. Registrar diariamente cargos de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias
- 4. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tanto la orden de salida para el egreso del usuario y la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.
- 5. Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,
- 6. Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,
- 7. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 19 días del mes de Noviembre de 2025.

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) GAMA GARZON LUISA FERNANDA; con documento de identidad No, 1022981942 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
1	2014	3947	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	17/07/2014	16/10/2014	$1.150.000	$3.450.000	KENNEDY
2	2014	6015	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	22/10/2014	31/10/2014	$1.150.000	$345.000	KENNEDY
3	2014	6245	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	01/11/2014	31/12/2014	$1.150.000	$2.300.000	KENNEDY
4	2015	231	ASISTENTE	01/01/2015	28/02/2015	$1.150.000	$2.300.000	KENNEDY
5	2015	1570	ASISTENTE	01/03/2015	30/06/2015	$1.150.000	$4.600.000	KENNEDY
6	2015	5143	ASISTENTE	01/07/2015	31/08/2015	$1.200.000	$2.400.000	KENNEDY
7	2015	6491	ASISTENTE	01/09/2015	30/09/2015	$1.200.000	$1.200.000	KENNEDY
8	2015	7692	ASISTENTE	01/10/2015	31/12/2015	$1.200.000	$3.600.000	KENNEDY
9	2016	1-3957	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	01/12/2016	10/01/2017	$$1.600.000	$$1.600.000	SUBRED
10	2016	1138	ASISTENTE	01/01/2016	30/09/2016	$1.200.000	$4.800.000	KENNEDY
11	2016	2831	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADTIVA Y ASISITENCIA	01/02/2018	31/05/2018	$1.837.000	$1200000	SUBRED
12	2017	SO-2179	TECNICO ADMINISTRATIVO	01/08/2017	31/01/2018	$1765000	$1765000	SUBRED
13	2017	1-2939	TECNICO II	11/01/2017	30/07/2017	$1.600.000	$1640000	SUBRED
14	2018	2831	TECNICO - REVISOR DE CUENTAS	01/02/2018	31/05/2018	$0	$1837000	sin dato
15	2018	4572	TECNICO ADMINISTRATIVO	01/06/2018	31/01/2019	$0	$1837000	sin dato

Copia certificada
Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
16	2019	3311-2019	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO I	1/2/2019	31/01/2020	$	$1947420	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
17	2020	3259-2020	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2020	31/01/2021	$	$2021422	SUBRED
18	2021	793-2021	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	44228	44592	$	$2092172	SUBRED
19	2021	793-2021	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2021	31/01/2022	$	$2092172	SUBRED
20	2021	793-2021	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	44228	44592	$	$2092172	SUBRED
21	2021	793-2021	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2021	31/01/2022	$	$2092172	SUBRED
22	2021	793-2021	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2021	31/01/2022	$	$2092172	SUBRED
23	2021	793-2021	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2021	31/01/2022	$6064266	$2092172	SUBRED
24	2022	1906-2022	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2022	31/01/2023	$31356637	$2154937	SUBRED
25	2023	3286-2023	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2023	31/01/2024	$25280596	$2402755	SUBRED
26	2024	601-2024	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2024	31/01/2025	$28833062	$2402755	SUBRED
27	2025	1309-2025	TECNICO ADMINISTRATIVO II	01/02/2025	30/11/2025	$24267830	$2426783	SUBRED

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Generado por: Luisa Fernanda Gama Garzón

Celular 301 381 02 85 Tel 3849160 ext 2509
Calle 9 N° 39-46
Nit 900.959.048-4

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

TECNICO ADMINISTRATIVO II

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veintisiete(27) días del mes de Noviembre de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#$8zX
Atentamente,

Gustavo Andrés Lobo Garrido
DIRECTOR CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 722318 Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre
LUISA

Otros nombres
FERNANDA

Primer apellido
GAMA

Segundo apellido
GARZON

Fecha de Nacimiento
18/11/1992

Teléfono de contacto
[redacted]

Correo electrónico personal
lfgamagarzon@gmail.com

Dirección de residencia
[redacted]

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Formación técnica profesional	TÉCNICA PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE ENTIDADES DE SALUD	No	7
Tecnológica	TECNOLOGÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SERVICIOS DE SALUD	Si	

Otros estudios

Nombre curso	Graduado	Horas
Promotores de la orientacion e informacion de la ciudadania	Si	20

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

Volver

Regresar

Copyright 2019
Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.

ENCUESTA DEMOGRAFICA

2025-11-25

Radicado #: 624355

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

Aceptar

Bogotá D.C.,

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,

FIRMA
Luisa Fernanda Gama Garzón
CC 1.022.981.942
[redacted]
jjgamagrzon@gmail.com

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X **CE** ____ **PPT**___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1022981942 **FECHA DE NACIMIENTO:** 18/11/1992

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Luisa Fernanda Gama Garzon

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [redacted]

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: 7425032 **N° CELULAR:** [redacted]

CORREO ELECTRÓNICO: ljgamagarzon2@gmail.com

EPS: Sura **FONDO DE PENSIONES** Proteccion **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI X NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. X

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____ NO X ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___
OTRO ¿CUÁL? _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO___

¿CUÁL ENTIDAD? Subred Sur occidente

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Aurora Garzón

NUMERO DE CONTACTO: [redacted]

Luisa Fernanda Gama Garzon

Nombres Apellidos y Firma

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GAMA	GARZON	LUISA FERNANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022981942	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES NOV AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 79 B 45 70 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO [redacted]

EMAIL lfgamagarzon@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tecnológica	6	X		TECNOLOGIA EN GESTION DE EMPRESAS DE LA SALUD	11	2013	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Promotores de la orientacion e informacion de la	secretaria distrital de salud de bogota	2022	20
basico en salud ocupacional	sena	2015	20

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
sistema integrado de gestion HSEQ	coruniversitec	2013	120

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	urgenciasmeissen.srs@subredsur.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7352696	DIA 10 MES 2 AÑO 2023	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO -	Facturacion	CR 9 A # 53 A Sur - 34

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lfgamagarzon@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7254262	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 30 MES 4 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	FACTURACION	Calle 9 No. 39 – 46

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

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: dirthumano@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 6013849160	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: Técnico administrativo	DEPENDENCIA: Facturación	DIRECCIÓN: Calle 9 # 39-46	

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: dirthumano@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 6013849160	FECHA DE INGRESO: DIA 11 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 7 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Técnico Administrativo	DEPENDENCIA: Facturación	DIRECCIÓN: Trans 74 F # 40 b 54 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Ese	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 6013849160	FECHA DE INGRESO: DIA 17 MES 7 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 10 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA: facturacion	DIRECCIÓN: trv 74 f r 40 b 54 sur	

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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	0
Pública	10	10
Total	10	10

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-nov-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUISA FERNANDA GAMA GARZON

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1022981942 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 79 B 45 70 SUR **Teléfonos** [redacted]

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
[redacted]	[redacted]	Hijo(a)
[redacted]	[redacted]	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	$ 26.417.952,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 26.417.952,00

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	[redacted]	KENNEDY	$ 20.000,00

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
COLEGIOS	COLEGIOS	$ 200.000,00

DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO	$ 120.000,00
universidad	universidad	$ 2.300.000,00
transportes	trasportes	$ 200.000,00
ARRIENDO	ARRIENDO	$ 900.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
LUISA FERNANDA GAMA GARZON 18/11/2025 13:12:41

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-nov-2025

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	LUISA FERNANDA GAMA GARZON
Identificación:	1022981942
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	lfgamagarzon@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	18/11/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	• C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	• Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
LUISA FERNANDA GAMA GARZON 18/11/2025 13:13:33

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: LUISA FERNANDA GAMA GARZON

CC: 1022981942

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 85dc2893a7ff34a981d01e3743fab11a04d79b73e6f01e267a800e2501499c33

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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

Formulario Único de Conocimiento de Persona Natural y Jurídica

Formulario Único de Conocimiento de Persona Natural y Jurídica

Identificación

Fecha reporte

2025-11-23

Fecha del evento

2025-11-23 11:14 AM

Evento

CONSIDERACIONES

"Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4.de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud.

La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su 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 trataran 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, entiénda C, telefono (601) 7428585 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlac

Declaro expresamente:

A) Que para efectos de acceder a la contratación y bilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que com

B) Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicio

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSO inalidades:

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 satisfación 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) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.

l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas 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, y a 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, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionales Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que, como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2025-11-23

Radicado #: 26524

Aceptar

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	NIT	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	N/A	N/A

TIPO DE SOCIEDAD:	N/A								
TIPO DE EMPRESA:	PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA	N/A		SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL		N/A				
CODIGO CIIU (PRINCIPAL)	N/A		SELECCIONAR CODIGO						
CODIGO CIIU (SECUNDARIO)	N/A		SELECCIONAR CODIGO						
DECLARA RENTA	NO APLICA	ES RESPONSABLE DE IVA	NO APLICA	ESTA OBLIGADO A FACTURAR					NO
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A					NIT	N/A		
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	N/A	SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL	N/A			TELÉFONO	N/A		
DIRECCIÓN	N/A			PAIS	N/A				
DEPARTAMENTO - ESTADO	N/A		CIUDAD O MUNICIPIO	N/A					
CARGO O PERFIL ACTUAL	N/A								

4. REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO								Nº IDENTIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD
N/A	N/A	N/A	N/A

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Administra recursos públicos?	NO APLICA	¿Ejerce algún grado de poder público?	NO APLICA	¿Tiene reconocimiento público?	NO
¿Es usted un servidor público?	NO APLICA	¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	NO APLICA	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO APLICA

¿Tienen vínculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vínculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes. **NO APLICA**

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:

Vinculo o relación	Tipo de documento	Numero de documento	Nombre Completo
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE	31/12/2025	TOTAL ACTIVOS	NA	TOTAL PASIVOS	NA	TOTAL PATRIMONIO	NA
INGRESOS MENSUALES	$ 2.201.496,00	OTROS INGRESOS MENSUALES	N/A	TOTAL INGRESOS MENSUALES	NA	TOTAL EGRESOS MENSUALES	NA
CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A						
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	NO	CUAL	N/A				
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	NO	En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos					

PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	ENTIDAD	MONEDA	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y 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":

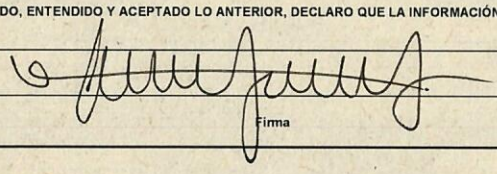
Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

Apoyo Administrativo y Logistico - Facturador urgencias y hospitalizacion

7. FIRMA Y HUELLA

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



Firma



Huella Indice Derecho

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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, Financiacion del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la 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 Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien 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 Sur ESE, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000 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 prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor 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 determinacion de tarifas y analisis y selección de riesgos.
c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
d) El control y la prevención del riesgo.
e) La liquidacion y pago de cuentas.
f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
j) Realización de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

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 medica, abogados internos y externos, entre otros.
c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios .
d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestión para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros.
e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos, En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredsur.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

(X) Acepto	( ) No Acepto

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

FECHA	1/01/2026	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ_D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ_D.C.
TIPO DE VINCULACION CON LA ENTIDAD	CONTRATISTA OPS	CUAL?		N/A	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	GAMA		PRIMER NOMBRE	LUISA	
SEGUNDO APELLIDO:	GARZON		SEGUNDO NOMBRE	FERNANDA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA		No IDENTIFICACIÓN	1022981942	
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOTA		FECHA DE EXPEDICION	10/12/2010	
FECHA DE NACIMIENTO	18/11/1992		PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA	KRA 79 B # 45 70 SUR			PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA
TIPO DE VIVIENDA	ARRENDADA	TELEFONO CELULAR 1	[redacted]	TELÉFONO FIJO	
CORREO ELECTRÓNICO	JJGAMAGARZON@GMAIL.COM			ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)
NIVEL DE ESTUDIOS	TECNOLOGO	OTRO - CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	ADMINISTRACION EN EMPRESAS DE SALUD

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	NA	PRIMER NOMBRE	NA
SEGUNDO APELLIDO:	NA	SEGUNDO NOMBRE	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	NA
LUGAR DE EXPEDICION	NA	PAIS DE RESIDENCIA	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141219504009

(415)7707212489984(8020) 000014121950400 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 8 1 9 4 2	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 9 8 1 9 4 2	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAMA	GARZON	LUISA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 43 D N 6889 SUR

42. Correo electrónico lfgamagarzon@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 7 4 8 7 8 7 0	3 1 4 4 2 5 0 1 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 0 1 2 1 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GAMA GARZON LUISA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:04/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1022981942	LUISA FERNANDA GAMA GARZON

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: [redacted] Teléfonos: [redacted]

Dirección electrónica: LFGAMAGARZON@GMAIL. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 15/12/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

RHPOSITIVO SALUD IPS SAS
TRABAJO SANO Y SEGURO
NIT: 900951582-1

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD OCUPACIONAL



EXAMEN DE: INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Ciudad y fecha: Bogotá, 20 Oct de 2025 **Hora:** 04:50 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: LUISA FERNANDA GAMA GARZÓN

N° IDENTIFICACIÓN: 1022981942
EDAD: 32 **LUGAR:** BOGOTA DC
FECHA NACIMIENTO: 18/Nov/ 1992 **N HIJOS**: 2 **SEXO:** Femenino
ESTADO CIVIL: SOLTERA
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL

DATOS LABORALES

EMPRESA: PARTICULAR
EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
CARGO A OCUPAR:
TÉCNICO ANALISTA
EPS: SURA
ARL: SURA
AFP: PORVENIR

EXÁMENES PARACLÍNICOS

AUDIOMETRÍA: NO APLICA
VISIOMETRIA: NO APLICA
PSICOSENSOMÉTRICO: NO APLICA
ESPIROMETRÍA: NO APLICA
OPTOMETRÍA: NO APLICA
LABORATORIOS: NO APLICA

OBJETO DE LA EVALUACIÓN

Determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes o durante el desempeño de su labor, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

- **CONCEPTO MEDICO:** APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
- **SISTEMA OSTEOMUSCULAR:** SIN ALTERACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES:

- ✓ Uso de equipo de protección individual indicado para el cargo.
- ✓ Realizar Pausas Activas, con ejercicios de estiramiento muscular, cuidados auditivos, visuales y ergonómicos.
- ✓ Higiene postural, de columna y movimientos repetitivos.
- ✓ Seguir recomendaciones y normas de seguridad y salud en el trabajo

RECOMENDACIONES MEDICAS PERSONALES:

- ✓ Mantener hábitos de vida saludables: alimenticios, ejercicios físico y control de peso.
- ✓ Control optométrico y audiológico anual.
- ✓ Uso de gafas permanentes
- ✓ Control médico general por esp

EVALUACIÓN MÉDICA

Se entrevista y evalúa al trabajador, con el fin de valorar la exposición a factores de riesgo y determinar la existencia de consecuencias en su salud o presencia de enfermedades generales. Incluye anamnesis, examen físico completo, análisis de pruebas clínicas y paraclínicas, y su correlación entre ellos para emitir un concepto y las recomendaciones pertinentes.

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR: El examinado certifica que no omitió algún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudieren influir sobre su estado de salud, que toda la información expresada en este documento es cierta y ha sido informado de los resultados obtenidos en cada una de las valoraciones entregadas por el profesional. Este Concepto se expide con base en la historia clínica ocupacional del paciente a la fecha.

Dr. LUIS SALGADO RACERO
Médico Cirujano – RM 16026
Especialista:
RIESGOS, SEGURIDAD Y SALUD LABORALES
Licencia S.S.O. Bogotá Res. 7079 – 14/06/16

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO

REGISTRO MÉDICO: RM 16026
LICENCIA: S.S.O Bogotá Res.7079 - 14/06/16

FIRMA:

NOMBRE: LUISA FERNANDA GAMA GARZÓN
CEDULA: 1022981942

CENTRO OCULAR DE MIOPIA DR RINCON SAS
AK 19 103 21 Tel.:6107771 Nit.:830102932-9
OFTALMOLOGIA

Paciente:	GAMA GARZON LUISA FERNANDA	**Documento:**	**CC 1022981942**
Fecha de atención:	17/10/2025 08:37:25 AM	**Fecha salida de atención:**	17/10/2025 08:45:18 AM
Lugar de atención:	[redacted] SEDE: EPS CIUDAD:BOGOTA D.C		
Edad:	32 A, 10 M, 29 D	**Sexo:**	Femenino
Fecha de Nacimiento:	18/11/1992	**Estado civil:**	Soltera;
Lugar de Residencia:	BOGOTA D.C(BOGOTA)	**Ocupación:**	EMPLEADA
Dirección:	[redacted]	**Teléfonos:**	[redacted]
Entidad:	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S A	**Contrato:**	POS
IPS Primaria:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO 20 DE JULIO		
Régimen:	CONTRIBUTIVO	**Tipo de Usuario:**	COTIZANTE

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: AURORA GARZON
Teléfono: [redacted]
Parentesco: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo consulta: VALORACIÓN PRIMERA VEZ CORNEA
Enfermedad Actual: PACIENTE REFIERE PRURITO OCULAR EN AMBOS OJOS

ANTECEDENTES
IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES OJO IZQUIERDO

ANTECEDENTES

PERSONALES

1 OFTALMOLOGICOS QUERATOCONO ANILLOS INTRAESTROMALESOI

18/02/2025 08:53:03 AM P.GONZALEZ

EXAMEN FISICO

Cumplimiento Normativo COVID-19: En el marco de la pandemia declarada de COVID 19, se realizó: Toma de temperatura, encuesta epidemiológica de ingreso sobre síntomas específicos, contacto con sospechosos o confirmados y antecedente de viaje a zonas de influencia. Se realiza lavado de manos de acuerdo con las recomendaciones de la OMS en cuanto a técnica, los 5 momentos y el tiempo de duración. Se garantiza: El uso adecuado de elementos de protección personal tanto de los funcionarios como del paciente, las medidas de bioseguridad, limpieza, desinfección de superficies y equipos antes de su atención y el distanciamiento en las salas de espera.

BIOMICROSCOPIA - GONIO - PIO - FONDO DE OJO

BIOMICROSCOPIA: OJO DERECHO: CORNEA CLARA SIN ESTRIAS
OJO IZQUIERDO;: CORNEA CLARA, ANILLO INTRAESTROMAL EN ADECUADA POSICIÓN Y PROFUNDIDAD

CONDUCTA:
1. SE DA ORDEN DE CONTROL CORNEA ANUAL CON RESULTADOS
2. SE DA FORMULA DE OLOPATADINA UNA GOTA AL DIA AMBOS OJOS POR 6 MESES
3. SE DA ORDEN DE PENTACAM ANUAL AMBOS OJOS
AUX: SANTIAGO LÓPEZ

MEDICAMENTOS Y PRESCRIPCIONES

PRESCRIPCIÓN NO.

Origen: Enfermedad general
Diagnóstico: H104 CONJUNTIVITIS CRONICA
Medicamento:: OLOPATADINA GOTAS OFTÁLMICAS 2 MG/ML
Posología: APLICAR UNA GOTA AL DÍA EN AMBOS OJOS , FORMULA POR 6 MESES. 6 FRASCOS.

ORDENES DE SERVICIO

Orden No:: 538378
Fecha orden: Viernes 17 de Octubre de 2025
Origen: Enfermedad general
Tipo de Servicio: CONSULTAS
Diagnóstico: H186 QUERATOCONO
Especialidad:
Cant: 1 89037621: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CORNEOLOGIA
-Prioridad: VER DISPONIBILIDAD
-Justificación Pri.: - CONTROL ANUAL.
Orden No:: 538381

CENTRO OCULAR DR. RINCÓN

CENTRO OCULAR DE MIOPIA DR RINCON SAS
AK 19 103 21 Tel.:6107771 Nit.:830102932-9
OFTALMOLOGIA

Paciente:	GAMA GARZON LUISA FERNANDA	**Documento:**	**CC 1022981942**
Fecha de atención:	17/10/2025 08:37:25 AM	**Fecha salida de atención:**	17/10/2025 08:45:18 AM
Lugar de atención:	[redacted]EDE: EPS CIUDAD:BOGOTA D.C		

Fecha orden:	Viernes 17 de Octubre de 2025
Origen:	Enfermedad general
Tipo de Servicio:	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS
Diagnóstico:	H186 QUERATOCONO
Especialidad:	
Cant: 1 951502:	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACIÓN (PENTACAM)
-Parte del Cuerpo:	AMBOS OJOS
-Prioridad:	VER DISPONIBILIDAD
-Justificación Pri.:	- REALIZAR EN UN AÑO.

DIAGNOSTICOS

Principal:	**H186**	QUERATOCONO
Relacionados:	**H104**	CONJUNTIVITIS CRONICA ALERGICA
Finalidad de la consulta:	Otra	
Causa externa:	Enfermedad general	



QR de Validación

Profesional:	OSORIO CHACON MARIO
CC:	91102917
Registro profesional:	91102917
Especialidad:	OFTALMOLOGIA

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: fcb303ec-7fbd-4cb9-b6cd-48a23d6d75cc

Nombres y apellidos / Full name: **LUISA FERNANDA GAMA GARZON**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1022981942**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **18/11/1992**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: [redacted]

Correo electrónico / e-mail: **LFGAMAGARZON@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	6	3	2021	PFIZER	EN1195	USS LAURELES	ANGELICA MARIA ENCISO CARDOZO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	24	4	2021	PFIZER	ER9449	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	FREDY DUVAN TOVAR BELTRAN
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	4	10	2022	Moderna Biotech	066B22-2A	IPS SURA OLAYA BOGOTA	NELLY HERRERA
Sin rango de edad	COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	15	1	2024	Catalent Indiana	019M22A	IPS SURA OLAYA BOGOTA	NELLY HERRERA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the World **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029402

Fecha de generación del carné: miércoles, 05 de noviembre de 2025 03:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1022981942
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA GAMA GARZON
Fecha de nacimiento:	18/11/1992

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	24/03/2010			GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL USME
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	06/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE
	Segunda dosis	24/04/2021	Pfizer	ER9449	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
DPT	Única				
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029402

Fecha de generación del carné: miércoles, 05 de noviembre de 2025 03:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1022981942
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA GAMA GARZON
Fecha de nacimiento:	18/11/1992

DPT Acelular	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	05/11/2025	Green Cross 0.5 ml	V50525004	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029402

Fecha de generación del carné: miércoles, 05 de noviembre de 2025 03:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1022981942
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA GAMA GARZON
Fecha de nacimiento:	18/11/1992

Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	05/01/2010	Tetavax		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA
	Segunda dosis	08/02/2010	Tetavax		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA
	Tercera dosis	06/09/2010	Tetavax		UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA
	Cuarta dosis	27/09/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	ACT	
	Quinta dosis	27/10/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	ACT	
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110013029402

Fecha de generación del carné: miércoles, 05 de noviembre de 2025 03:59 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1022981942
Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA GAMA GARZON
Fecha de nacimiento:	18/11/1992

VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LUISA FERNANDA GAMA GARZON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1022981942** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1022981942
NOMBRES Y APELLIDOS	LUISA FERNANDA GAMA GARZON
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	28/02/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	598
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/11/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Medellín, 18 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LUISA FERNANDA GAMA GARZON identificado(a) con C1022981942 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10229819422532261758

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

GAMA GARZON LUISA FERNANDA con **CC No. 1022981942** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Protección** y el saldo a la fecha de los aportes voluntarios realizados a dicho fondo es:

Cotización voluntaria afiliado	$ 0.00
Cotización voluntaria empleador	$ 565.52
Total cotizaciones voluntarias	**$ 565.52**

De conformidad con el artículo 22 del decreto 692 de 1994, el afiliado podrá retirar las cotizaciones voluntarias previa solicitud con al menos 6 meses de antelación.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 18 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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: **482 33 64** - Medellín **510 90 99** - Cali **386 00 80**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo
ingresando a https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/
o escríbenos a través de WhatsApp: **+57 310 220 55 75**
www.proteccion.com

2025111817060

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Cargo	APOYO TECNICO ADM II
Título	Sra.
Nombre	Luisa Fernanda
Apellidos	Gama Garzon
Fecha de Nacimiento	18/11/1992 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ◉ No
Nombre y apellido	Luisa Fernanda Gama Garzon
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1022981942
Dirección	[redacted]
Código postal	11001
Estrato	3
Ubicación	Bogotá
País	COLOMBIA
Correo electrónico	lfgamagarzon@gmail.com
Teléfono	76235269
Celular	[redacted]

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Datos del usuario guardados

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	[redacted]
SMS para recuperar la contraseña	[redacted]

Editar

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Luisa Fernanda Gama Garzon

C.C 1.022.981.942

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761647485000

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, Luisa Fernanda Gama Garzón identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1.022.981.942 expedida en la ciudad de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI (x) NO ( ) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	1309*2025	02/01/2025	30/11/2025

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los Primero (01) días del mes de Enero del año 2026.

FIRMA

NOMBRES COMPLETOS Luisa Fernanda Gama Garzón

C.C. No. 1022981942

TELEFONO [redacted]

DIRECCIÓN [redacted]

CORREO JJgamagarzon2@gu.com.



HUELLA

2023-11-15

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 283739074

PIB
16:38:22

Bogotá DC, 04 de noviembre del 2025

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) LUISA FERNANDA GAMA GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022981942:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de noviembre de 2025, a las 18:21:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1022981942
Código de Verificación	1022981942251104182107

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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) **LUISA FERNANDA GAMA GARZON,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1022981942** de BOGOTA D.C.

(MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS)

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:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

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

* Certificado expedido sin costo alguno.



VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:40:40 PM horas del 06/11/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1022981942**
Apellidos y Nombres: **GAMA GARZON LUISA FERNANDA**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/10/2025 01:46:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1022981942** y Nombre: **LUISA FERNANDA GAMA GARZON.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125515016** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir