

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"		VERSION 1	Código: FR-RH-97	
DOCUMENTOS DE PROVEEDOR PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN.		FECHA VIGENCIA 2024/06/21	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOMBRE: <u>Muira Caroline</u>		OCUPACIÓN: <u>PSICOLOGO</u>	PROGRAMA: <u>APS</u>	
--------------------------------------	--	------------------------------------	-----------------------------	--

No.	DOCUMENTOS PROVEEDOR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Propuesta	X		
2	Formato único hoja de vida de la función pública. SIGEP II	X		
3	Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés	X		
4	Copia documento de identificación. (copia de ambas caras legibles)	X		
5	Foto Reciente 3 x 4, en físico o digital	X		
6	Soportes que acrediten la formación académica consignada en la hoja de vida. (Diploma y Acta de	X		
7	Soportes que acrediten la experiencia consignada en la hoja de vida.			X
8	Copia del Registro Unico Tributario RUT. (Vigente)	X		
9	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años), este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.			
10	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (No mayor a 30 días)	X		
11	Certificado afiliación sistema de salud, planilla afiliación o copia de ADRES, como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliación a pensión - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
12	Certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación - Persona Natural. (No mayor a 30 días)			
13	Certificado de antecedentes fiscales, expedido por Contraloría General de la República - Persona Natural. (No mayor a 30 días)			
14	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional - Persona Natural. (No mayor a 30 días)			
15	Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, RNMC - Persona Natural. (No mayor a 30 días)			
16	Certificación de antecedentes de delitos sexuales, expedido por la Policía Nacional de Colombia, Decreto No. 753 de 2019 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)			
17	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente, Ley 2097 del 2 de julio del 2021 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
18	Declaración SARLAF - Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
19	Certificación de Compromiso de Seguridad y Confidencialidad - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	X		
20	Certificado médico de salud ocupacional legible, expedición no mayor a un (1) año - Área de la Salud / No mayor a dos (2) años - Administrativos	X		
21	Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Médicos certificación del Tribunal Nacional de Ética Médica)	X		
22	Tarjeta profesional legible	X		
DOCUMENTOS ADICIONALES				
23	Certificado en Atención Integral en Víctimas de Violencia Sexual - (Personal Asistencial)	X		
24	Carnet de Vacunación que incluya vacuna fiebre amarilla y Hepatitis B - (Personal Asistencial)	X		
25	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS (Si aplica)			
26	Póliza Responsabilidad Civil. (Médicos y especialistas - 200 SMMLV) - (Enfermero, Odontólogo, Bacteriólogo - 100 SMMLV)			X
27	Diagnóstico y manejo clínico de dengue (OPS). (Si aplica)			X
28	Humanización del Servicio. (Si aplica)			X
29	Certificación Regentes, expedida por la Secretaría de Salud del Meta. (Si aplica)			X
30	Servicio al ciudadano - Certificado de Competencias Laborales. (Si aplica)			X
31	Carnet Vacunas - Covid - 19. (Si aplica)	X		
32	Curso en Alturas. (Si aplica)			X
33	Certificación del curso de Enfoque Psicosocial para la atención Integral en Salud de población Víctima del conflicto armado - PAPSIVI, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social o una entidad certificada en formación académica.			X
MÉDICO				
34	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.			
35	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			
36	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
37	Certificado de Donación de órganos.			
38	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT.			
ENFERMERA/O (Los nueve (9) cursos) / AUXILIAR DE ENFERMERÍA (Numerales 39, 40, 41, 42,43)				
39	Certificación en Programa Ampliado de Inmunización PAI.			
40	Toma de Citología.			
41	Soporte Vital Avanzado 40 horas - Enfermera / Soporte Vital Básico 20 horas - Auxiliar de enfermería.			
42	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			
43	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
44	Manejo del dolor y cuidados paliativos.			
45	Asesoría de VIH.			
46	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT			
47	Retiro e Inserción de Implantes.			
ODONTÓLOGO / TÉCNICO EN RADIOLOGÍA				
48	Curso en Radio Protección			
49	Otros			

NOTA 1: Las certificaciones que acreditan los cursos requeridos, debe tener vigencia no mayor a dos (2) años. Los documentos se deben aportar en una Carpeta cuatro alfileres dosificada, color blanco.

NOTA 2: El proveedor debe estar registrado en la Plataforma Transaccional del Sistema Electrónico de Contratación pública - SECOP II y en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos - SIGEP II.

Los documentos de proveedor mencionados aplica para los Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, auxiliares administrativos y auxiliares de mantenimiento, del área Asistencial y Administrativa de La Empresa Social del Estado del Departamento de Meta - E.S.E "SOLUCIÓN SALUD"

FIRMA QUIEN RECIBE: <u>Valentina</u>	FECHA: <u>18-11-2024</u>
---	---------------------------------



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Gomez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Santafe	NOMBRES Maira Carolina
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023020974		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 03 MES 05 AÑO 1997 PAÍS colombia DEPTO bogota MUNICIPIO bogota		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 24 12-67 PAÍS colombia DEPTO bogota MUNICIPIO bogota TELÉFONO 3135489625 EMAIL Karomg03@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3		X	ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLÍNICA			212529
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	11	2022	212529
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	11	2020	212529

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	27	Mes	07	Año	2020	Día	01	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CARRERA 24C 54 57					

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día:	27	Mes:	09	Año:	2023	Día:	30	Mes:	11	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN AVENIDA 30 45 3					

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	11

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C 15-Noviembre-2024


Rt. Carolina Gomez.
c.c. 1023020774815.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.023.020.974 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento BOGOTÁ D.C. Municipio BOGOTÁ D.C.

Dirección CALLE 7 A SUR 10 A 65 Teléfonos 3023741693

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Elsa Luvinia Santafe	21.075.948	Madre
Alejandro Gomez	3.231.512	Padre

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	500.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 500.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Caja social	Ahorros	24076037896	Oficina- Santa librada Usme	\$ 10.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Unisanitas	Maestría en clinica	\$ 5.000.000
Banco de Bogota	Tarjeta de credito	\$ 1.000.000

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 X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DOCUMENTO IDENTIFICACION</div> <div>DE N°</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>C.C.</div> <div>C.E.</div> <div>T.I.</div> </div>

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades economicas de caracter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que ne venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA	
<div style="text-align: center;">  Bs. Carolina Gomez C.C. 1023020974816 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div>FIRMA</div> <div>ITRATISTA</div> </div>	<div style="text-align: center;"> Bogotá D.C- 15-Noviembre-2024 CIUDAD Y FECHA </div>

DAFP-QAP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.020.974

GOMEZ SANTAFE

APELLIDOS

MAIRA CAROLINA

NOMBRES

Maira Gomez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1997

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

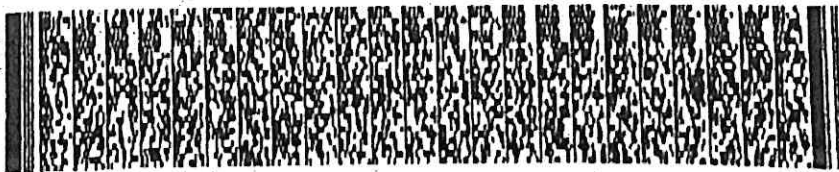
21-MAY-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00715390-F-1023020974-20150617

0044510260A 1

40445179





UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Maira Carolina Gomez Santafe

C.C. 1023020974 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

Psicólogo

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 4 DÍAS DEL MES mayo DE 2020

[Signature]
DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL
ACADEMICO

[Signature]
RECTOR

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

[Signature]
DIRECTOR DE PROGRAMA



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 371 LIBRO No. 33 FOLIO No. 405

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Maira Carolina Gomez Santafe

C.C. No. 1023020974 de Bogotá D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Psicólogo

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 4 DÍAS DEL MES mayo DE 2020

[Signature]
RECTOR

[Signature]
DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL
ACADÉMICO

[Signature]
DIRECTOR DEL PROGRAMA

[Signature]
SECRETARIO GENERAL

No. 13440



Fundación Universitaria del Área Andina
Resolución Jurídica Res. 2275 Mineducación D.C. 9-83

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 994

En Bogotá D.C., el 15 de agosto de 2023 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

Identificada con C.C. No. 1023020974, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 3, folio 19, registro 29318.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 15 días del mes agosto de 2023.


María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General



Código Seguro de Verificación: N1GB1eOxNNob26SR



...COPIA...DIGITAL...AUTÉNTICA...

Bogotá
(57+1) 744 9191

Pereira
(57+6) 340 1516

Valledupar
(57+5) 589 7879

Línea Gratuita Nacional
018000 180099

www.areandina.edu.co



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

C.C. N°. 1023020974

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió
los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 15 de Agosto de 2023



Rector



Secretaria General



Decano

Tomo 3 · Folio 19 · Registro 29318 · Acta No. 994 · Fecha 15 de Agosto de 2023 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-071100



Código Seguro de Verificación: hwQbeFO0nslcTWM

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA 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) GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,023,020,974 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	6107 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$32,188,820
FECHA DE INICIO	27/07/2020
FECHA DE TERMINACIÓN	30/04/2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADANA APLICA	
PERFIL	PSICOLOGO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

a) Implementar los procesos asignados como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el plan de salud territorial y plan operativo institucional.b) Apoyar los procesos de la respuesta integral en salud, reconociendo las necesidades de la comunidad con enfoque diferencial, comunitario, familiar, poblacional y de curso de vida.c) Desarrollar procesos de planeación, Ejecución y Evaluación de las acciones asignadas y concertadas en los diferentes procesos y/o componentes en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejoramiento a que haya lugar.d) Entregar de manera oportuna cronogramas de trabajo, productos e informes según indicaciones técnicas. e) Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud. f) Los productos presentados deben cumplir con atributos de calidad, oportunidad y veracidad.g) Realizar la revisión de los lineamientos técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos.h) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.i) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.j) Asistir a las reuniones de acuerdo a la convocatoria direccionada por su supervisor y líder técnico.

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 doce(12) días del mes de Julio de 2023.

Cordialmente,


CARMENZA MANOTAS BUENO
 Directora Operativa – Dirección de Contratación
 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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5ain1

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

68 S... 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 VI

LA SUSCRITA DIRECTORA 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) GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,023,020,974 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	5906 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO PSICOLOGO PARA EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 2353360-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$40,499,549
FECHA DE INICIO	01/05/2021
FECHA DE TERMINACIÓN	30/04/2022
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	09/02/2022
PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Realizar Investigación epidemiológica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública. 2. Realizar Investigación socio epidemiológica de campo. 3. Realizar asistencia técnica y mantenimiento a Unidades comunitarias. 4. Registrar la información de la Intervención Epidemiológica de Campo (IEC) en el formulario y/o sistema establecido. 5. Identificar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes competentes. 6. Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demás actividades que garanticen las cesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM). 7. Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente). 8. Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación. 9. Realizar asesoría y asistencia técnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales. 10. Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadísticas Vitales. 11. Validar y ajustar las bases de Datos según requerimiento. 12. Realizar semaforización en los diferentes tableros de control de las UPGDS que generan hechos vitales de calidad, cobertura y oportunidad de los certificados de defunción y certificados de nacidos vivos. 13. Apoyar en el diligenciamiento de autopsias verbales Estadísticas Vitales (EEVV). 14. Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos. 15. Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad. 16. Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública. 17. Coordinar las acciones para la atención integral de urgencias y emergencias complejas definidas por Instituto Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático -IDIGER. 18. Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad. 19. Asistir a los diferentes espacios Distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública y representar a la Secretaría Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en los Puestos de Mando Unificado convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR -CC cuando se requiera. 20. Cumplir con la disponibilidad para la atención de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento. 21. Tomar muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Pública que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaría Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud. 22. Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio. 23. Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la Subred (foliados, rotulados, en carpeta y Formato Único de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.

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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Sistema 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 VI

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los doce(12) días del mes de Julio de 2023.

Cordialmente,



CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA 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) GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,023,020,974 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	4462 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTION COMO PSICOLOGO PARA LA RURALIDAD, PARA EL MODELO DE SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. CONVENIO 016-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$25,847,246
FECHA DE INICIO	24/02/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	16/08/2022
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	PSICOLOGO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Acompañar a la enfermera/o el ejercicio de priorización de hogares con base en la información recopilada por el grupo base. 2. Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alertas en salud mental y/o presencia de personas en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores. 3. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda: WHODAS 2.0 para discapacidad, Índice de Barthel para dependencia, Assist para consumo de sustancias psicoactivas y Test Zarit para sobrecarga del cuidador. 4. Presentar y analizar junto con el/la enfermero/a los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado. 5. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal. 6. Apoyar al enfermero/a, junto con el auxiliar de enfermería del grupo de seguimiento, en la consignación de información en el formato de Recomendaciones de Cuidado. 7. Analizar diariamente la información recolectada por el Grupo Base el día inmediatamente anterior, con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones. 8. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad. 9. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 10. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. 11. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. 12. Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad.

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 doce(12) días del mes de Julio de 2023.

Cordialmente,

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

6 de Septiembre de 2023

 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 VI



CARMENZA MANOTAS BUENO
 Directora Operativa – Dirección de Contratación
 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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA 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) GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1,023,020,974 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	7011 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA - RURALIDAD, PARA EL EQUIPO DE SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 0002-2022 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$25,508,766
FECHA DE INICIO	09/09/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	PSICOLOGO (RURALIDAD)

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1-Realizar servicios de apoyo a equipos de Atención en Casa - Atención Individual Profesional en Psicología 2- Realizar el abordaje de las personas con Depresión y Ansiedad 3- Realizar Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo 4-Intervención Psicológica: Sesión 1 Manejando el estrés, Sesión 2 Enfrentando problemas, Sesión 3 Seguir andando, continuar haciendo, Sesión 4 Fortaleciendo el apoyo social. 5- Realizar seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP 6- Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alertas en salud mental y/o presencia de personal en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores. 7- Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda: 8- Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado. 9- Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal 10- Analizar diariamente la información recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones. 11-Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad. 12-Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 13-Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. 14- Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatría. 15-Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.

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 doce(12) días del mes de Julio de 2023.

Cordialmente,

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Si... 2020

	<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</p>	
	<p align="center">CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</p>	<p align="center">CO-OPS-FT-22 V1</p>



CARMENZA MANTAS BUENO
 Directora Operativa – Dirección de Contratación
 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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA 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) GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,023,020,974 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3600 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA, PARA EL EQUIPO DE SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 0002-2022 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DEL \$12,389,550
FECHA DE INICIO	06/02/2023
FECHA DE TERMINACIÓN	DE 01/05/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	DE NO APLICA
PERFIL	PSICOLOGO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Servicios de apoyo Equipos de Atención en Casa - Atención Individual Profesional en Psicología. 2. Pasos para el abordaje de las personas con Depresión y Ansiedad 3. Plan de Manejo: Evaluación EP mhGAP, Intervenciones Psicosociales, Intervenciones Farmacológicas, Fortalecimiento de redes de apoyo. 4. Intervención Psicológica: Sesión 1 Manejando el estrés, Sesión 2 Enfrentando problemas, Sesión 3 Seguir andando, continuar haciendo. Sesión 4 Fortaleciendo el apoyo social. 5. Seguimiento: Evaluación Pre-EP, Evaluación Post-EP. 6. Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alertas en salud mental y/o presencia de personal en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores. 7. Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda: 8. Presentar y analizar los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado. 9. Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal. 10. Analizar diariamente la información recolectada con el fin de disponer a tiempo de las variables necesarias para la construcción colectiva de las citadas recomendaciones. 11. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad. 12. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 13. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. 14. Participar de la mesa técnica programada por el profesional de psiquiatría. 15. Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.

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 doce(12) días del mes de Julio de 2023.

Cordialmente,

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Subred Sur 2020

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1



CARMENZA MANOTAS BUENO
Directora Operativa – Dirección de Contratación
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

Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co

Código de verificación: 3mu3q5aint

PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

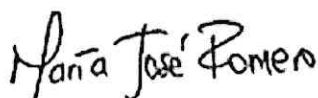
© Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. 2020

REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL ESPECIALIZADA – RIIE
CERTIFICA:

Que la señora CAROLINA GOMEZ SANTAFE identificada con cédula de ciudadanía No. 1023020974, labora en REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL ESPECIALIZADA S.A.S. identificada con Nit 900.247.822-3, desde el 20-11-2022 como PSICOLOGA - DOCENCIA Y SERVICIO por medio de un contrato de prestación de servicios.

Se expide a los once (11) días del mes de octubre de 2024 a solicitud del interesado.

Cordialmente,



MARÍA JOSÉ ROMERO GARCÍA
Líder de Gestión humana y Bienestar.
Celular: 3002949651



601 739 3639



Bogotá



Chía



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141054989748



(415)7707212489984(8020) 000014105498974 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 0 2 0 9 7 4

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 2 3 0 2 0 9 7 4

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

SANTAFE

33. Primer nombre

MAIRA

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 75 A 10 A 65

42. Correo electrónico

karomg03@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 3 7 4 1 6 9 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 4 2 8

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 5 1 4

Otras actividades

50. Código

8 5 6 0

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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

61. Fecha

2024 - 07 - 04 / 07 : 57: 13

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 16126 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985 Cargo

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Identificado con CC 1023020974

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24076037896
Fecha de apertura:	9 de Agosto de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 13 de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE identificado(a) con Cedula Ciudadania 1023020974, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220512	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Noviembre de 2024

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
26693650

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023020974**, se encuentra afiliado/a desde **31/08/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de noviembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023020974	MIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE	CLL 75 A N 10 A 65	2841141	karong03@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	2024-09				TOTAL A PAGAR	
	2024-09	1	14/11/2024	80744261	\$378.000	

TOTALS POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colectación Obligatoria
EPS003	Compensar EPS	860069542-7	162.500

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cobertización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	28	3.300	0	165.900	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aportes Voluntario Afiliado	Aportes Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900345004-7	208.000	0	0	0	0	28	4.200	0	212.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES[illegible]**TOTALES CAJAS**

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	28	0	0	0
ICBF				
0	28	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	162.500	165.800	
Pensión	1	208.000	212.200	
Riesgos Laborales	0	0	0	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	2	370.500	378.000	

DATOS DEL APORTANTE					DATOS DE LA PLANILLA					
Tipo	Número	Nombre Aportante	Dirección	Teléfono	Correo	Planilla Asociada (DAMES/ANO)	Tipo Planilla	Fecha Pago (DAMES/ANO)	Número Planilla	Cantidad
CC	1023020914	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTIPE	CLL 75 A N 10 A 85	2841141	karong0@hotmail.com					EMPLEADOS 1 UPC 0
Forma Presentación	Clase Aportante	Nombre Sucursal	Código	Departamento	Ciudad / Municipio	Periodo Salud	Periodo Pensiones			TOTAL A PAGAR
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2024-09	2024-09	1	14/11/2024	80744261 \$378.000

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
NO	

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN			SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES						
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	CÓDIGO CORRELATIVO										Cotización	Valor AFP o Afiliado	Valor AFP	Fondo preinicial de subsidios	Fondo AFP	Cotización / Valor UPC	Caja ARL	Caja ARL	Cotización	Código CCF	Afiliado CCF	IBO otros parafiscales	Afiliado SEHA	Afiliado ICBF	Afiliado MEN	
				Entidad	Cuenta	Subcuenta	Entidad	Cuenta	Subcuenta	Entidad	Cuenta	Subcuenta	Entidad																Cuenta
CC		1023020914	GOMEZ SANTIPE MARIA CAROLINA	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 257962447



PIB

23:45:12

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de noviembre del 2024

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) MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023020974:

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 1919.

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 Política 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 ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

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

LA 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 miércoles 13 de noviembre de 2024, a las 23:46:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023020974
Código de Verificación	1023020974241113234641

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



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC BOGOTÁ D.C

COR=

Página 1 de



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:47:19 PM horas del 13/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1023020974

Apellidos y Nombres: **GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA**

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](mailto:dijin.araic-atc@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, 13/11/2024 11:48:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1023020974** .

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. **105029275** . 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 Búsqueda

Imprimir



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

515 9000



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 23:50:26 horas del 13/11/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1023020974**,
Apellidos y Nombres **GOMEZ SANTAFE MAIRA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **subred sur**, con NIT **900959048-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1023020974 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 24/10/2023 12:14 PM



Código Verificación: Q923UYLWF8

Válida hasta: 22/01/2024

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

DECLARACIÓN SARLAF

En cumplimiento del Manual de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCIÓN SALUD.

Yo, Maira Carolina Gomez Santafe identificado con cédula de ciudadanía No 1023020974 obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

- Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis/sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que yo (o la persona natural o jurídica que represento) no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
- Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico acordado con la ESE SOLUCIÓN SALUD, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique.
- Que la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementados las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se derivan de dichas disposiciones legales
- Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la Junta Directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro o que alguna de las personas mencionadas figura en dichas listas.
- Que no existe contra mí o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en

dichas bases de datos públicas que puedan colocar a la ESE SOLUCIÓN SALUD frente a un riesgo legal o de reputación.

- Que, en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la ESE SOLUCIÓN SALUD
- Que, con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado, y por lo tanto autorizamos a la ESE SOLUCIÓN SALUD a comunicar a las autoridades nacionales o de cualquiera de los países en los cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD realice operaciones, sobre alguna cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes de dichos países, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que la ESE SOLUCIÓN SALUD efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.
- Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD es veraz y exacta, estando ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.
- Que ninguna otra persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
- Qué conozco, declaro y acepto que la ESE SOLUCIÓN SALUD está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de la ESE SOLUCIÓN SALUD, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.
- Declaro que la totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con la ESE SOLUCIÓN SALUD, se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros. Solo aplica para el registro de clientes.

Se expide a los __13__ días del mes __11__ de del año _2024__.


Rt. Carolina Gomez
C.C. 1023020974

FIRMA _____

NOMBRE: Maira Carolina Gomez Santafe

C.C. 1023020974

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo **MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE**, identificado con la cédula No. 1023020974 de BOGOTÁ obrando en nombre propio me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los 13 días del mes de noviembre del año 2024.


Ri. Carolina Gomez
C.C. 1023020974

Carolina Gomez Santafe
C.C.1023020974 de Bogotá D.C



Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

BERNARDO USECHE ALDANA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co



COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



**TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGO**

No. 212529

Fecha de expedición: 2020-06-10

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

C.C. 1.023.020.974

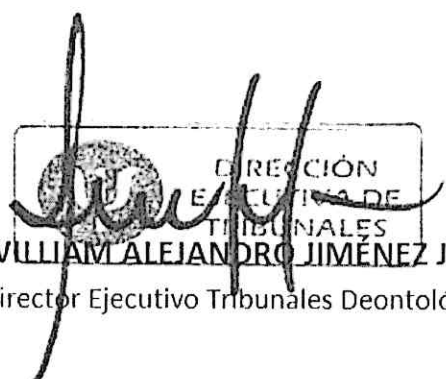
Ley 1090 de 2006

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

El suscrito Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE**, con documento de identificación N° **1023020974**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 16 de noviembre de 2024.



**DIRECCIÓN
EJECUTIVA DE
TRIBUNALES**
WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ
Director Ejecutivo Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología



V0sRsX3kVN6/B5950KWA
Puede validar este documento en:
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>

 Carrera 19 # 84 -49 Antiguo Country
Bogotá D.C., Colombia

 317 685 22 20

 auxiliar.tribunales@colpsic.org.co



HACE CONSTAR QUE:

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

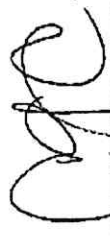
C.C 1.023.020.974 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

*Realizado los días 17 al 18 de NOVIEMBRE de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 18 DE NOVIEMBRE DE 2025.*

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 18 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2024.


CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN





Institución vacunadora: 110010617108

Fecha de generación del carné: lunes, 08 de julio de 2024 03:58 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1023020974
Nombres y Apellidos	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE
Fecha de nacimiento:	03/05/1997

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Refuerzo				
	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	07/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
	Segunda dosis	28/03/2021	Pfizer	ER1742	HOSPITAL EL TUNAL
	Adicional	08/07/2024	Moderna SPIKEVAX XBB.1.5 (0.5 ml)	032H23A	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA
DPT	Única	08/07/2024	Bostrix	AC37B457AL	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Fiebre amarilla	Única				
	Primera dosis	13/09/2019	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	P3H591V	UBA CENTRO DE SANIDAD PORTUARIA TERMINAL AEREO

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1023020974
Nombres y Apellidos	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE
Fecha de nacimiento:	03/05/1997

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	04/12/2018	Engerix B Adultos	MUNDOSALUD	
	Segunda dosis	08/07/2024	ELOVAC-B	23GHBV015	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	04/12/2018	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Segunda dosis	15/07/2019	Toxoide Tetánico y diftérico	221501517B	HOSPITAL EL TUNAL
	Tercera dosis	13/07/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	2338X004AE	HOSPITAL EL TUNAL
	Cuarta dosis	10/08/2022	Toxoide Tetánico y diftérico	2331L011C	CAMI NAZARETH
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				



Institución vacunadora: 110010817108

Fecha de generación del carné: lunes, 08 de julio de 2024 03:58 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1023020974
Nombres y Apellidos	MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE
Fecha de nacimiento:	03/05/1997

Toxoide Tetánico	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	04/12/2018	Triple Viral -SERUM	MUNDOSALUD	
	Refuerzo	08/07/2024	Priorix	A69CF702A	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Primera dosis	15/04/2013	Gardasil - MSD	J000002	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL USME
	Segunda dosis	24/10/2013	Gardasil - MSD	J002191	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL USME

Resolución No 484 del día 17 del mes de octubre del año 2023
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MARIA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1023020974, mediante la resolución No. 16502 del 07/10/2020 se autorizó el ejercicio de la profesión como PSICOLOGO(A) y mediante radicado 2023ER31358 de fecha 07/09/2023 solicita el registro en el talento humano en salud RETHUS como ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA otorgado por LA FUNDACION DEL AREA ANDINA, el día 15/08/2023, registrado en el Folio 19, Diploma 29318, acta de grado 997, año 2023.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MARIA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1023020974, para ejercer la profesión/ocupación como PSICOLOGO(A) ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: MARIA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1023020974, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a MARIA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1023020974, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, por el medio por el cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 17 días del mes de octubre del año 2023


DORA DUARTE PRADA
Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud

En copia, se remite a:
Historia Clínica Andina H.
Asesoría Técnica y Legal

Bogotá D.C. Fecha	18/10/2023
Se notifica personalmente al señor(a)	Maria Carolina Gomez S.
CC No.	1023020974
Firma	Maria Gomez S.

Cra 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
info: 364 9666



Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)

5 70

Cambiar

9453

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-03-28--7:48:52 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segunda	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación	
CC	1023020974	MAIRA	CAROLINA	GOMEZ	SANTAFE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE identificado(a) con CC 1023020974 registra La siguiente información:

2023-03-28--7:48:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Órgano Otorgación Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2020-10-07	16502	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



HACE CONSTAR QUE:

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE

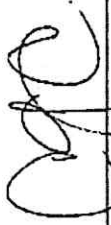
C.C 1.023.020.974 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

DIAGNOSTICOS Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE

Realizado los días 15 al 16 de NOVIEMBRE de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 16 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2024


CESAR GERMAN CASTAÑEDA
CEPENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTAFE Documento: CC 1023020974 Fecha Nacimiento: 03/05/1997 Fecha Generación: 08/07/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	PAI Adicional	29	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	01721A	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL				JOHN WALTHER ACEVEDO ALARCON
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	7	3	2021	PFIZER	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	28	3	2021	CLAUDIA MILENA GUZMAN ORTEGA
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	28	3	2021	PFIZER	ER1742	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	25	4	2021	ELIANA TORRES GARAY



OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Special Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

[Download the SDN List](#)[Sanctions List Search: Rules for use](#)[Visit The OFAC Website](#)[Download the Consolidated Non-SDN List](#)[Program Code Key](#)

Lookup

Type:

All

Name:

MAIRA CAROLINA GOMEZ SANTA

ID # / Digital Currency Address:

1023020974

Program:

All
561-Related
BALKANS
BALKANS-EO14033

Minimum Name Score:

100

Address:

CALLE 24 12 67

City:

BOGOTA DC

State/Province:

CUNDINAMANRCA

Country:

All

List:

All

Search

Reset

Lookup Results: 0 Found

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 11/19/2024 10:03:00 AM
Non-SDN List last updated on: 10/30/2024 10:04:34 AM

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

DR. HERNAN EDUARDO MEDINA// ESPEC. SALUD OCUPACIONAL LICENCIA No 7953/2022 SSH

1. INFORMACION DE LA EMPRESA											
NOMBRE DE LA EMPRESA: <u>EsE Departamental Soluciones Salco</u>											
FECHA: <u>11/20/2024</u>			CIUDAD: <u>Villa Rica</u>			DPTO: <u>meta</u>					
TIPO DE EXAMEN: INGRESO		EGRESO		PERIODICO		POST-INCAPACIDAD		OTRO:			
CUAL:											
2. INFORMACION DEL TRABAJADOR											
NOMBRES Y APELLIDOS: <u>Maria Carolina Gomez Serrate</u>											
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1023020973</u>						EDAD: <u>27</u>		SEXO: F y M			
DIRECCION: <u>Clt 5a sur 10a 65</u>				CIUDAD: <u>Bogota</u>			TELEFONO: <u>3073741693</u>				
CARGO: <u>control lista</u>				EPS: <u>Compensar</u>			GRUPO SANGUINEO: <u>O (4)</u>				
3. EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS											
AUDIOMETRIA		C. HEMATICO		TGO		COPROLOGICO		P. SICOSENSOMETRICA			
VISIOMETRIA		PARCIAL DE ORINA		TGP		FROTIS FARINGEO		P. PSICOTECNICA			
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		VDRL		KOH UÑAS		PERFIL LIPIDICO			
ELECTROCARDIOGRAMA		COLESTEROL		GRAVIDEZ		BACILOSCOPIA		VACUNA ANTITETANICA			
RX DE TORAX		TRIGLICERIDOS		PSA		COLINESTERASA		OTROS:			
RX DE COLUMNA		CREATININA		ALCOHOLEMIA		HEMOCLASIFICACION					
4. CONCEPTO MEDICO LABORAL											
EXAMEN DE INGRESO			EXAMEN PERIODICO				EXAMEN DE RETRO				
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO			SATISFACTORIO				SATISFACTORIO				
PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL			SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD GENERAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS				CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN QUE DEBE SER VALORADA POR LA EPS				
APLAZADO POR PRESENTAR PATOLOGIA QUE REQUIERE SE TRATADA PARA SU CORRECCION			SE DEBEN REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO				SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO				
NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL DEL CARGO			SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS/ARL				SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA ARP				
5. OBSERVACIONES:											
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			SI	NO	NA	APTO PARA CONDUCCION			SI	NO	NA
APTO ESPACIOS CONFINADOS			SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS			SI	NO	NA
						APTO PARA MANIPULAR CARGAS			SI	NO	NA
						REQUIERE SER REUBICADO			SI	NO	NA
6. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES											
SEGUN IMC			MANEJO EPS/ARL			RECOMENDACIONES			INCLUIR EN SVE		
DIETA			CONTROL PYP POR EPS			CONTROL OCUPACIONAL			AUDITIVO		
EJERCICIO REGULAR			REMISION A EPS			HIGIENE POSTURAL			VISUAL		
VALORACION POR NUTRICION			REMISION A ARL			USO DE EPP APROPIADOS			RESPIRATORIO		
DESCARTAR ALTERACION METAB.			SE PRESCRIBE TRATAMIENTO			AYUDAS ERGONOMICAS			ERGONOMICO		
			CONTINUAR MANEJO MEDICO			EVALUACION PTO TRABAJO			QUIMICO		
						MEDIDAS ANTI VARICES			CARDIOVASC		

RESOLUCION 2346/07 LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, LOS DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS SON CONFIDENCIALES Y HACEN PARTE DE LA RESERVA PROFESIONAL

Hernan E. Medina C.
 Médico Ocupacional
 C.C. 1023020973
 Exp. 7953/2022
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

FIRMA Y CC. DEL TRABAJADOR

Carolina Gomez
 C.C. 1023020973
FIRMA Y CC. DEL TRABAJADOR