
Recibidos (140) - dianalc
Correo - flanmu@hotmail
Confirmación de registro
SECOP II | Colombia Compra
Confirmación del usuario
Es seguro
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=1c835c94_4856_4ba7_9962_9cc44110c770.199bee...
Buscar por proceso
Menu
Buscar
Confirmación de registro de la entidad
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ,
FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ con el NIT 51855797 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aqui para continuar>


© 2014 Vortal
Español (Colombia)
018000 52 0858
Chat en línea

(2)

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Muñoz	Perez	Flor Angela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51 695 797

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 12 AÑO 1962

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 18 2 # 62 a 24 sur

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C.

TELÉFONO 3115485734 EMAIL Hanmu@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X MES 12 AÑO 1992

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tc	4	X		Auxiliar en servicios farmaceuticos	05	2015	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	apoyodiagnostico@subredcentro

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444434	DÍA 12 MES 05 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		DG 34 N 5 34

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred sur	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	contacteros@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4852540	DÍA 12 MES 05 AÑO 2014	DÍA 31 MES 05 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		Transv 44 N 51 b 16 sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Aby Salud IPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	abysaludips@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
248 77 93	DÍA 10 MES 08 AÑO 2012	DÍA 10 MES 08 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		Cra 25 N 52 a-05 Of 201

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Pharma Express S.A.		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	www.pharmaexpress-sa.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
411 99 33	DÍA 01 MES 10 AÑO 2006	DÍA 30 MES 09 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		Cra 92 N 17 b 48 Bodega 8

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

24

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Flor Angela Muñoz Perez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 51695797 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Cundinamarca | Municipio

Dirección cra 18 Z # 62A24 Sur | Teléfonos 311548 5734

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Ivonne Alejandra Cortes Muñoz	1001272942	hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION 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	17.928.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	—
GASTOS DE REPRESENTACION	— -
ARRIENDOS	— -
HONORARIOS	— -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	— -
TOTAL	$ 17 928.000

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
Davivienda	Ahorro	004870417984	Tuna	.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

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 DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 17-Noviembre 2017
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Colombo Suizo

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 09824 del 14 de Agosto de 1987

Confiere a:

Flor Angela Muñoz Pérez

C.C. 51'695.797 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 15 de Diciembre de 1992

Anotado al folio 77 del Libro de Registro número 73

Secretario de Educación

En 29 de Junio de 1993

Complejo Educativo
CAMPOALTO

La República de Colombia
y en su nombre

la Institución de Formación para el Trbajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según
Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 200 de la Secretaría de Educación Distrital
Confiere :

MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA

51695797

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN: AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas - 39 créditos académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Mayo de 2015

Director Académico

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

Director Administrativo

Coordinador del Programa

Diploma No. 16471 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 6 Folio 949 del 2 de Mayo de 2015

República de Colombia

Libertad y Orden

ceads

Centro de Educación en Administración de Salud

El Centro de Educación en Administración de Salud

CEADS

Aprobación Oficial Resolución No. 3554 de Noviembre 10 de 1999
Secretaria de Educación
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Confiere a:

Flor Angela Muñoz Pérez

Identificado (a) con C.C. 51695797 - Bogotá, D.C.

El Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico Laboral en Auxiliar de Droguería

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Auxiliar de Droguería, con una intensidad total de 1.100 horas académicas.

En constancia se firma en Bogotá, D.C., a los 19 días del mes de Julio de 2007

Director

Subdirectora Académica

ACTA DE GRADO

EL COLEGIO COLOMBO SUIZO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E.3586 DANE 31100140520

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los quince (15) días del mes de Diciembre de 1992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO COLOMBO SUIZO. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución No 09824 del 14 de Agosto de 1987. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Flor Angela Muñoz Pérez
C.C. 51'695.797 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 06 del 15 de Diciembre de 1992, que consta de 48 alumnos que comienza con el nombre de ALVAREZ VARGAS MARCELA y se cierra con el nombre de ZAPATA URREA MARIA CRISTINA. Firmado y sellado por GUSTAVO MONTOYA MARIN (Rector) y AGUEDA ARIAS DE DELGADILLO (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los quince (15) días del mes de Diciembre de 1992.

Firmado y sellado

COLEGIO COLOMBO SUIZO RECTORIA BOGOTA-COLOMBIA

Rector
C.C. 2'894.269 de Bogotá

COLEGIO COLOMBO SUIZO SECRETARIA

Secretaria
C.C. 41'403.980 de Bogotá

VISUAL GRAFICAS LTDA.

VISUAL GRAFICAS LTDA

Programas Técnicos Laborales
CAMPOALTO
Inspiramos tu Futuro

ACTA DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según:
Resolución No. 110203 del 21 de julio de 2010 de la secretaria de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de septiembre de 2010 de la secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA
51695797

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas- 39 Créditos académicos

En constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 02 días del mes de Mayo de 2015.

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

DIRECTOR CAMPOALTO **SECRETARIO CAMPOALTO**

Anotado en el Folio No. 949 del Libro No. 6 de registro 16471

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas.

Bogotá D.C

Señores:

Campo Alto
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Flor Angela Muñoz Perez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 51 695 797

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 78 2 # 62 A 24 Sur

Teléfono: 311 548 57 34

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ**, identificada con C.C. No. 51.695.797 presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
PS-4189-2017	12-05-2017	11-09-2017	$4.980.000

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente 2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos 3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control 4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales 5. Cumplir con las normas de bioseguridad.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día12 de julio de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 28805199 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada,
revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación Ops
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484
Info: Línea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra **MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **51.695.797** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 3401 de 2014	1 de julio de 2014	31 de Julio de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.156.896	TUNJUELITO
No. 4287 de 2014	1 de agosto de 2014	30 de agosto de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964.080	TUNJUELITO
No. 5009 de 2014	1 de septiembre de 2014	30 de septiembre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 996.216	TUNJUELITO
No. 5741 de 2014	1 de octubre de 2014	30 de octubre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964.080	TUNJUELITO
No. 6441 de 2014	4 de noviembre de 2014	30 de Noviembre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964.080	TUNJUELITO
No. 7174 de 2014	1 de diciembre de 2014	30 de Diciembre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964.080	TUNJUELITO
No. 184 de 2015	2 de enero de 2015	30 de enero de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964.080	TUNJUELITO
No. 900 de 2015	2 de febrero de 2015	30 de marzo de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.928.160	TUNJUELITO
No. 1652 de 2015	1 de abril de 2015	30 de Junio de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 3.150.000	TUNJUELITO
No. 2468 de 2015	1 de julio de 2015	30 de Septiembre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 3.150.000	TUNJUELITO
No. 3349 de 2015	1 de octubre de 2015	30 de octubre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.050.000	TUNJUELITO
No. 4173 de 2015	3 de noviembre de 2015	30 de noviembre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.050.000	TUNJUELITO
No. 5007 de 2015	1 de diciembre de 2015	30 de diciembre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.050.000	TUNJUELITO
No. 229 de 2016	4 de enero de 2016	30 de enero de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.050.000	TUNJUELITO
No. 1016 de 2016	1 de febrero de 2016	30 de abril de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 3.150.000	TUNJUELITO
No. 218 de 2016	2 de mayo de 2016	30 de julio de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 5.148.540	TUNJUELITO
No. 334 de 2016	1 de agosto de 2016	30 de agosto de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1.050.000	TUNJUELITO
No 004620 de 2016	1 de septiembre de 2016	31 de diciembre de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 5.035.652	SUBRED SUR
No 002851 de 2017	8 de enero de 2017	31 de mayo de 2017	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 6.754.888	SUBRED SUR

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

12

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS)	ADM-CTT-FT-22 V1

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se encuentra el registro de **MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **51.695.797**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad en calidad de Orden de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 2926 de 2014	12 de mayo de 2014	30 de junio de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,574,664	TUNJUELITO
No. 3401 de 2014	1 de julio de 2014	31 de Julio de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,156,896	TUNJUELITO
No. 4287 de 2014	1 de agosto de 2014	30 de agosto de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964,080	TUNJUELITO
No. 5009 de 2014	1 de septiembre de 2014	30 de septiembre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 996,216	TUNJUELITO
No. 5741 de 2014	1 de octubre de 2014	30 de octubre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964,080	TUNJUELITO
No. 6441 de 2014	4 de noviembre de 2014	30 de Noviembre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964,080	TUNJUELITO
No. 7174 de 2014	1 de diciembre de 2014	30 de Diciembre de 2014	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964,080	TUNJUELITO
No. 184 de 2015	2 de enero de 2015	30 de enero de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 964,080	TUNJUELITO
No. 900 de 2015	2 de febrero de 2015	30 de marzo de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,928,160	TUNJUELITO
No. 1652 de 2015	1 de abril de 2015	30 de Junio de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 3,150,000	TUNJUELITO
No. 2468 de 2015	1 de julio de 2015	30 de Septiembre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 3,150,000	TUNJUELITO
No. 3349 de 2015	1 de octubre de 2015	30 de octubre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,050,000	TUNJUELITO
No. 4173 de 2015	3 de noviembre de 2015	30 de noviembre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,050,000	TUNJUELITO
No. 5007 de 2015	1 de diciembre de 2015	30 de diciembre de 2015	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,050,000	TUNJUELITO
No. 229 de 2016	4 de enero de 2016	30 de enero de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,050,000	TUNJUELITO
No. 1016 de 2016	1 de febrero de 2016	30 de abril de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 3,150,000	TUNJUELITO
No. 218 de 2016	2 de mayo de 2016	30 de julio de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 5,148,540	TUNJUELITO
No. 334 de 2016	1 de agosto de 2016	30 de agosto de 2016	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 1,050,000	TUNJUELITO
No. 004620 de 2016	1 de septiembre de 2016	7 de enero de 2017	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 5,035,652	TUNJUELITO
No. 002851 de 2017	8 de enero de 2017	EN EJECUCIÓN	AUXILIAR DE FARMACIA	$ 5,337,367	TUNJUELITO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153.** Código de Verificación **;277HCW80.**

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **31 días del mes de 05 del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	ALEJANDRA BERNAL ROJAS	TECNICO ADMINISTRATIVO	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

CERTIFICO

Que la Señora FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ, Identificada, con Cédula de Ciudadanía Número 51.695.797 expedida en Bogotá, estuvo vinculada a nuestra empresa ADMINISTRDORA DE BIENES Y SERVICIOS ABYS S.A.S NIT 830.072.435-1 Desde el 10 de Agosto del año 2012 hasta el 10 de Agosto del año 2013 desempeñandose como Auxiliar de Farmacia devengando un sueldo mensual de setecientos mil pesos m/cte $700.000 con un contrato a Termino fijo inferior a un año.

Dada en Bogotá, a los tres (3) días del mes de Septiembre de Dos Mil Trece (2013), se expide a solicitud del interesado.

DIANA PATRICIA RODRIGUEZ
Recursos Humanos

SEDE ADMINISTRATIVA
Car. 25 No. 52A-05 Of.201
Tels. (57-1) 248 7793
805 1256 - 477 8181
Bogotá, D. C.

ABYSALUD DOS IPS
Calle 93B Sur N° 0 - 15 Este
Tel.: (57-1) 761 2109 - 762 8231
Fax: (57-1) 761 2102
e-mail: abysaluddosips@hotmail.com

15

NIT 830.088.204-5

La suscrita Jefe de Gestión de Talento Humano de

PHARMA EXPRESS S.A.

CERTIFICA QUE:

PHE-CER-TH-R-0097011

El (la) señor(a) **FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 51.695.797 de Bogotá, laboro para nuestra compañía, con un contrato a término fijo en los siguientes periodos:

1. Del 01-10-2006 AL 30-07-2007, Cargo Expendedor de medicamentos
2. Del 01-08-2007 AL 30-04-2008, Cargo Expendedor de Medicamentos.
3. Del 01-06-2008 AL 28-02-2009, Cargo Expendedor de Medicamentos.
4. Del 01-04-2009 AL 01-08-2009, Cargo Expendedor de Medicamentos.
5. Del 01-10-2009 AL 30-09-2011, Cargo expendedor de medicamentos.

Ultimo salario devengado mensual de **SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/L ($ 740.000)** como remuneración por su trabajo.

Se expide a solicitud del interesado(a) para ser presentada a: QUIEN INTERESE, a los 01 días del mes de Octubre de 2011.

En constancia firma,

Pharma Express s.a
NIT. 830.088.204-5

WILLIAM ORLANDO PINTO ZAMBRANO
Auxiliar de Talento Humano
PHARMA EXPRESS S.A.

Carrera 92 N° 17 B 48 Bodega 8
Bogotá – Colombia
PBX: 4119933
soporteallente@pharmaexpress-sa.com
http://www.pharmaexpress-sa.com

12

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.695.797**
MUÑOZ PEREZ

APELLIDOS
FLOR ANGELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-DIC-1962**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

15-OCT-1981 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00328658-F-0051695797-20110830 0027877339A 1 1331485784

17

DIAN® — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14290507750

(415)7707212489984(8020) 000001429050775 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 6 9 5 7 9 7	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 1 6 9 5 7 9 7	1 9 8 1 1 0 1 5

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
MUÑOZ	PEREZ	FLOR	ANGELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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: CR 18 Z 62 A 24 SUR BRR ACACIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
flanmu@hotmail.com		3 1 1 5 4 8 5 7 3 4	7 6 5 0 9 2 1

CLASIFICACION

Actividad económica

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 2 0 7 1 7						

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:	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 4 0 5 0 5

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: BERNAL ORTIZ TANIA CATALINA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 20-11-2017 07:32:58PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

13

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-12-2014
Hora: 3:33:27 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 51695797-9 FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ

Información

Dirección KR 18 Z 62 A 24 SUR
Teléfonos 7650921-3115485734
Dirección electrónica flanmu@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 05/05/2014
Soporte Inscripción 16131417
Fecha Inicio Actividades 05/05/2014
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

BOGOTÁ HUMANA

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2283 *de* 24/02/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD 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) MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA Identificado(a) con CC número 51695797 expedida en BOGOTA,D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS otorgado por CAMPO ALTO ACESALUD S.A. el día 02/05/2015.
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 MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA identificado(a) con CC número 51695797 expedida en BOGOTA,D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 24/02/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 6 Marzo 2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Flor Angela Muñoz Perez
CC. # 51695797
Firma

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Victor Sánchez

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

ISO 9001 Icontec
NTCGP 1000 Icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 7161 de 31/07/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA Identificado(a) con CC número 51695797 expedida en BOGOTA,D.E solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE DROGUERIA otorgado por EL CENTRO DE EDUCACION DE SALUD CEADS el día 19/07/2007 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA identificado(a) con CC número 51695797 expedida en BOGOTA,D.E para desempeñarse como AUXILIAR DE DROGUERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 31/07/2007

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.
Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 9- AGOSTO 2007
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Flor Angela Muñoz P
CC. # 51695797 Bta
Firma

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

51695797

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO-COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

Mundo Salud

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
Cod. del Prestador 110010012802

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN Nº 988

AUTORIZADO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

NOMBRE: FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ

IDENTIFICACIÓN: 51695797 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 07-12-17 TEL: 3115485734

696 7246 320 346 7063 319 647 1301
www.vacunacionmundosalud.com
Cra. 20 No. 27 - 08 Consultorio 2 Barrio Olaya

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	21 NOV. 2017	TEPAVAX 1434033 09/01/2020	MUNDO SALUD E.O.R. VACUNACIÓN
	2	21-DIC-17		
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA				

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO-COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

22

TIPO DE BIOLOGICO	DOSIS 1a o Unica		2a		3a		Refuerzo		OBSERVACIONES
	Fecha Vacunac		FECHA		FECHA		FECHA		
			Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B.C.G + Polio	Mayo 29/02		X	X	X	X			Cita: JUN 24/2002
Sarampión			X	X	X	X			cita sept 24-02
Polio	VI-29-02			IX-24/02		XI-25/02	XI-24-03	XI-24-03	T.V. mayo 26/03
D.P.T.									Influenza 140206
T.D.					X	X			
P.P.D	15 sbm VI-25-02								
Hepatitis B	Mayo 29/02	VII-29-02		IX-24/02		XI-25/02			
Hib.	VI-29-02								

MUR 25.05.02.
FLOR L. MOSQ

SELLO DEL ORGANISMO

Neumococo
Varicela - Hepatitis A

PROTEJA A SUS HIJOS
VACUNANDOLOS
OPORTUNAMENTE

CLINICA SAN RAFAEL

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
CARRERA 8 No. 17-45 Sur. Tel.: 272 69 00 a.a. 40087
Santa Fe de Bogotá, D.C. - Colombia -

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado

IVONNE ALEJANDRA Cortes Muñoz

Fecha de Nacimiento Mayo 24/2002

Salud: Total

23

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-7
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

Nit: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 12 | 5 | 2017

EXAMEN: [X] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ C.C. 51.695.797 EDAD: 54 SEXO M F

EMPRESA: SUBRED DE RAFAEL URIBE CARGO: AUXILIAR DE FARMACIA Tel.: Cel.: 3115485734

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral		X
Espirometria		
Audiometria		
Visiometría		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología: Túnel/Carpo		
Radiología: Columna		
Radiología: Torax		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	X	
Dermatología	X	
Osteomuscular	X	
Cardiovascular	X	
Prueba de Equilibrio		
Vacunas		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		
Serología		

	NORMAL	ANORMAL
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

	NORMAL	ANORMAL
KOH - Uñas		
Frotis Faringeo		
Coprologico		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) [—] Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	51	—	Aplazado	—	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	—	—	No apto para este cargo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—			

Examen PERIODICO satisfactorio SI [—] NO [—]

Examen de EGRESO satisfactorio SI [—] NO [—]

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	✓	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		13. Evitar Posturas Prolongadas	✓
2. Pausas Activas	✓	8. Control Optometrico Periodico		14. Uso de Medias de Compresión Graduado	✓
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	✓	9. Uso de Lentes permanentes		15. Valoración y Manejo en IPS	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	✓	10. Uso de Lentes Visión de Cerca		16. Dieta - Ejercicio Físico	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		11. Control de Tension Arterial		17. Control Espirómetria	
6. Control Audiometrico		12. Estilos de Vida Saludable	✓		

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi consentimiento.

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista
Salud Ocupacional U.M.
Licencia 7333 S.D.S.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 51 695 797 Bogotá

Huella I.D.

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2017-11-17	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☑	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
MUÑOZ	PEREZ	FLOR	ANGELA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☑	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	51.695.797	BOGOTA	18 DE OCTUBRE 1981
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☑	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1962-12-07	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☑	CASADO ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		1		

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL: ☑

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 18 Z N 62 A 24 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3115485734

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
flanmu@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☑	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐		
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☑	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	CUAL:	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☑		8299	
	NO ☑	ICA	SI ☐	NO ☑		PRINCIPAL: ☑	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE			AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☑		SI ☐	NO ☑	SI ☐	NO ☑

26

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☑	SUBRED CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	900.959.051
GOBIERNO	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☑				
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: X						

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 N 5 34	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	APOYO DE FARMACIA	FECHA VINCULACION	2017-05 -12

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.494.000	GASTOS FAMILIARES	$ 900.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 594.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.494.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.494.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MADIEDO	JIMENEZ	CINDY	PAOLA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CR 18 Z N 62 A 24 SUR	BOGOTA	AMIGA	3214513813

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS		TUNAL	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☑

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ SERVICIOS ☐ OTRO ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESOS DE FACTURACION, FACTURADOR URGENCIASA

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESOS DE FARMACIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 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 utilizacion no requeriria 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 seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 le 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 Publico, 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 seleccion 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 gestion 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) Envio 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) Realizacion 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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fascolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension 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 estadisticos.
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 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 Tiulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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 Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail gurlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Bogotá, Febrero 19 de 2018

Señora:
MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA
CC. 51695797 CR 19A 62A 24SUR - 7650921
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 6 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CORTES MUÑOZ IVONNE	1001272942	T	Mar-6-2014	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA	51695797	C	Mar-6-2014	52	120	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ADECCO COLOMBIA S A	51695797	Dependiente	CERRADO
FLOR ANGELA MUNOZ PEREZ	51695797	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51695797,** se encuentra afiliado (a) desde **25/03/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de febrero de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51.695.797	Seguros Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Flor	Angela	Muñoz.	Perez.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

7-12-62	Bogotá	Cra 182 #62A24	7650921.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud total	Col Pensiones	$ 1500.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Farmacia	1 Marzo 2018.
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Flanmu@hotmail.com.	3111548573 4.
Correo Electrónico	Celular

Flor Angela Muñoz
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 106171784

WEB
09:16:40

Bogotá DC, 20 de febrero del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51695797:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de febrero de 2018, a las 09:17:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51695797
Código de Verificación	51695797180220091737

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2108841

Bogotá D.C., 20 de Febrero de 2018 - 9:25 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE** de BOGOTA D.C.

51695797

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

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

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 2_P2Y_259
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:20:58 horas del 20/02/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **51695797**

Apellidos y Nombres: **MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA**

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.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/21
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora FLOR ANGELA MUNOZ PEREZ
con Cédula de Ciudadanía número 51695797
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	004870417989
Fecha Apertura	2014/03/20

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0048-OFICINA TUNJA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH-170-1 Rev. IV - 06

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Muñoz	Perez	Flor Angela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51 695 797

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 12 AÑO 1962

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 18z # 62 a 24 sur

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C.

TELÉFONO 3115485734 EMAIL Hanmu@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 11	MES 12 AÑO 1992

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		Auxiliar en Servicios Farmaceuticos	05	2015	

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

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

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	apoyodiagnostico@subredcentro

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 12 MES 05 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		D6 34 N5 34

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Sur	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4852540	DÍA 12 MES 05 AÑO 2014	DÍA 31 MES 05 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacio		Transv 44 N 51 b 16 sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Aby Salud IPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	abysaludips@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
248 77 93	DÍA 10 MES 08 AÑO 2012	DÍA 10 MES 08 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		Cra 25 N 52 a-05 of 201

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Pharma Express S.A.		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	www.pharmaexpress-sa.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
411 99 33	DÍA 01 MES 10 AÑO 2006	DÍA 30 MES 09 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de farmacia		Cra 92 N 17 b 48 Bosque

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

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned with CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO-COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRA-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

Mundo Salud

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
Cod. del Prestador 110010012802

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN Nº 988

AUTORIZADO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

NOMBRE: FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ

IDENTIFICACIÓN: 51695797 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 07-12-17 TEL: 3115485734

696 7246 320 346 7063 319 647 1301
www.vacunacionmundosalud.com
Cra. 20 No. 27 - 08 Consultorio 2 Barrio Olaya

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	21 NOV. 2017	SERVIMAS 1434033 09/01/2020	MUNDO SALUD E.O.R VACUNACIÓN
	2	21-DIC-17		
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA				

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO-COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

Scanned with CamScanner

BIOLOGICO	1a o Unica	2a		3a		Refuerzo		OBSERVACIONES
	Fecha Vacunac	FECHA		FECHA		FECHA		
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B.C.G + Tolzo	Mayo 29/02	X	X	X	X			Cita: JULIO 24/2002
Sarampión		X	X	X	X			Cita Sept. 24-02
Polio	VII-29-02		IX-24/02		XI-25/02	XI-24-03	XI-24-03	T.V. mayo 26/03
D.P.T.			IX-24/02		XI-25/02	XI-24-03	XI-24-03	Influenza 140206
T.D.				X	X			
P.P.D	5pm XI 25/02							
Hepatitis B	Mayo 29/02	VII-29-02	IX-24/02		XI-25/02			
Hib.	VII-29-02		IX-24/02		XI-25/02			

SELLO DEL ORGANISMO

MOR 25.05.02.
FLOR L. MUÑOZ

Neumococo
Varicela - Hepatitis A

PROTEJA A SUS HIJOS
VACUNANDOLOS
OPORTUNAMENTE

CLINICA SAN RAFAEL

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS
CARRERA 8 No. 17-45 Sur. Tel.: 272 99 00 a.a. 40097
Santa Fe de Bogotá, D.C. - Colombia -

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado

IVONNE ALEJANDRA Cortes Muñoz

Fecha de Nacimiento Salud Total

Mayo 24/2002

Scanned with CamScanner

Programas Técnicos Laborales
CAMPOALTO
Inspiramos tu Futuro

ACTA DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según:
Resolución No. 110203 del 21 de julio de 2010 de la secretaria de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de septiembre de 2010 de la secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA
51695797

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas- 39 Créditos académicos

En constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 02 días del mes de Mayo de 2015.

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

DIRECTOR CAMPOALTO **SECRETARIO CAMPOALTO**

Anotado en el Folio No. 949 del Libro No. 6 de registro 16471

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas

Scanned with CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

la Institución de Formación para el Trbajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según
Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 200 de la Secretaría de Educación Distrital
Confiere :

MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA

51695797

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL PORCOMPETENCIAS EN: AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS

Intensidad Horaria: 1800 horas -39 créditos académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Mayo de 2015

Director Académico

CAMPO ALTO ACESALUD COORDINACION ACADEMICA

Dirección Administrativo

Coordinador del Programa

Diploma No. 16471 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 6 Folio 949 del 2 de Mayo de 2015

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 51695797-9 FLOR ANGELA MUÑOZ PEREZ

Información General

Dirección KR 18 Z 62 A 24 SUR

Teléfonos 7650921-3115485734

Dirección electrónica flanmu@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 05/05/2014

Soporte Inscripción 16131417

Fecha Inicio Actividades 05/05/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002892365

Fuente ICA TE TOCA

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

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14468653117

(415)7707212489984(8020) 000001446865311 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 6 9 5 7 9 7	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 1 6 9 5 7 9 7	1 9 8 1 1 0 1 5

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
MUÑOZ	PEREZ	FLOR	ANGELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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
CR 18 Z 62 A 24 SUR BRR ACACIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
flanmu@hotmail.com		3 1 1 5 4 8 5 7 3 4	7 6 5 0 9 2 1

CLASIFICACION

Actividad económica

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 6 9 9	2 0 1 2 0 7 0 7	8 2 9 9	2 0 1 2 0 7 0 7				

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:	1 2																									

CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 8 0 5 1 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MUÑOZ PEREZ FLOR ANGELA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-05-2018 09:49:32AM