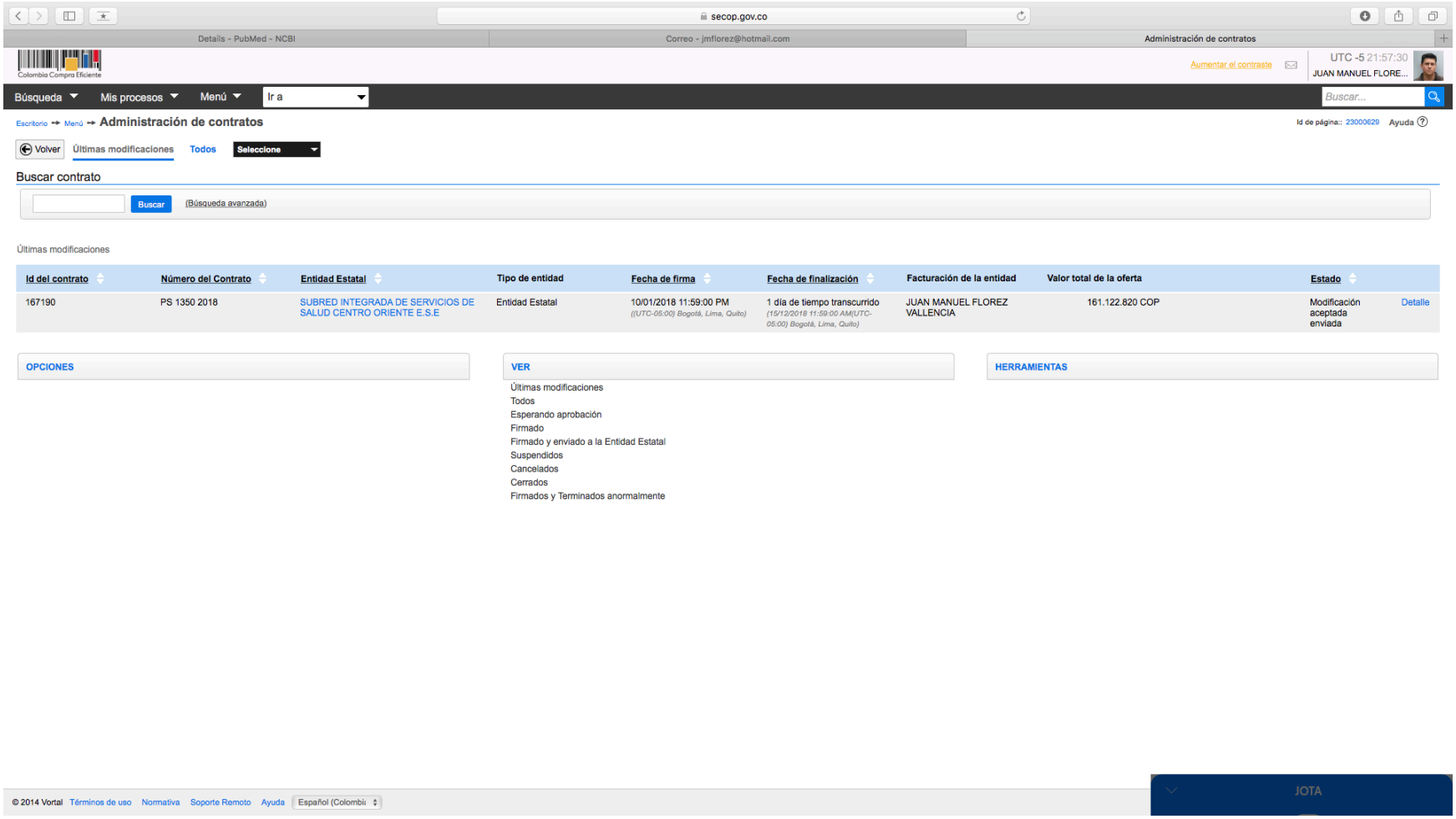
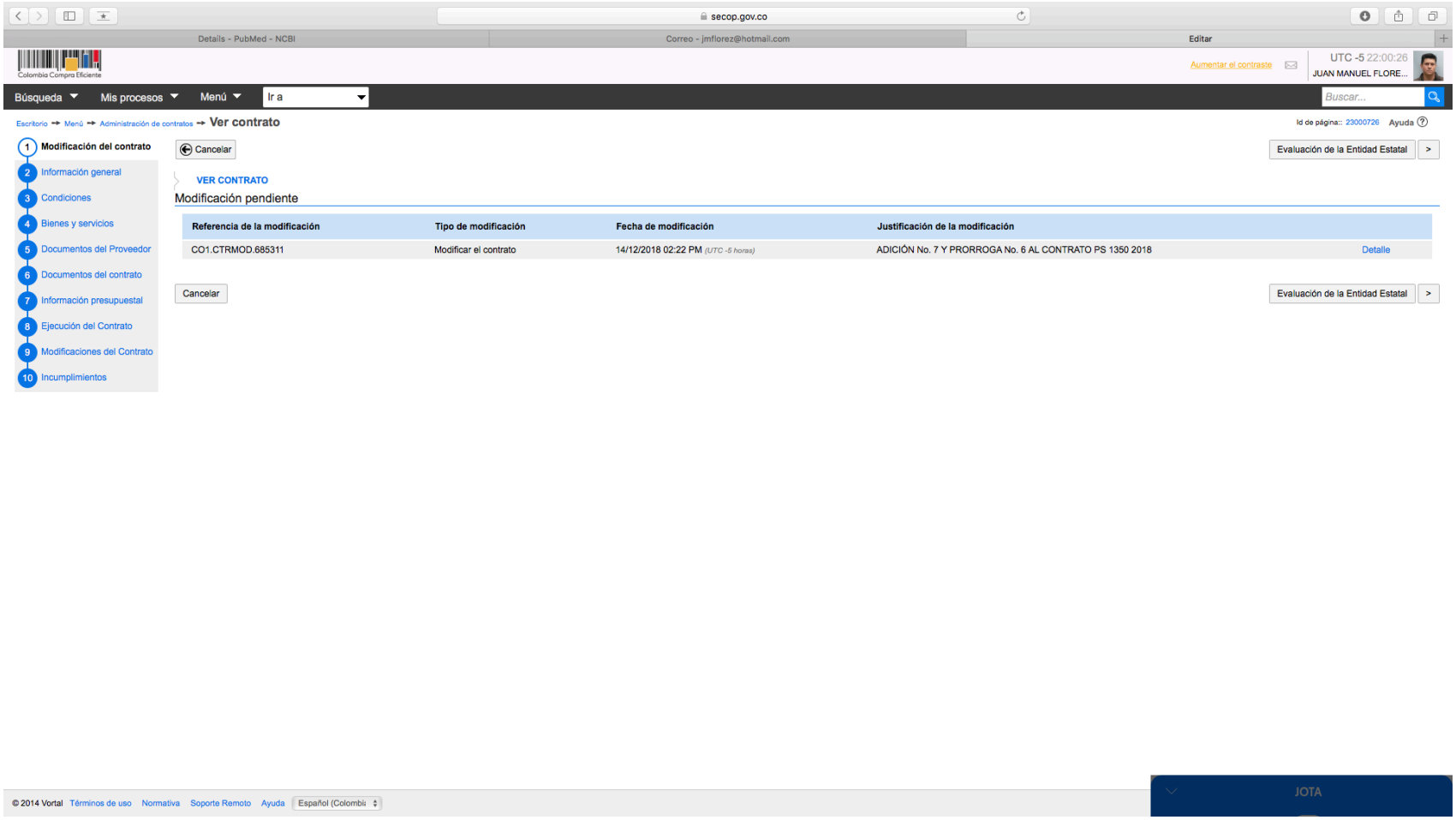

secop.gov.co
Details - PubMed - NCBI
Correo - jmflorez@hotmail.com
Administración de contratos
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:57:30
JUAN MANUEL FLORE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➔ Menú ➔ Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
167190
PS 1350 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
1 día de tiempo transcurrido (15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
JUAN MANUEL FLOREZ VALLENCIA
161.122.820 COP
Modificación aceptada enviada
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombi
JOTA


secop.gov.co
Details - PubMed - NCBI
Correo - jmflorez@hotmail.com
Editar
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 22:00:26
JUAN MANUEL FLORE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➔ Menú ➔ Administración de contratos ➔ Ver contrato
Id de página:: 23000726
Ayuda
1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
>
VER CONTRATO
Modificación pendiente
Referencia de la modificación
Tipo de modificación
Fecha de modificación
Justificación de la modificación
CO1.CTRMOD.685311
Modificar el contrato
14/12/2018 02:22 PM (UTC -5 horas)
ADICIÓN No. 7 Y PRORROGA No. 6 AL CONTRATO PS 1350 2018
Detalle
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
>
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombi
JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
FLOREZ	VALENCIA	JUAN MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 18616366

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80042807145 D.M 22

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES ABR AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 23 # 66-39 Interior 2 Apartamento 1004

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3881418

EMAIL jmflorez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1996
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	8	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	9	2016	18616366
UN	12	X		MEDICO	11	2005	18616366

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	mgil@cancer.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4320160	DIA 6 MES 11 AÑO 2018	DIA 27 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR GRUPO DE SOPORTE	CIRUGIA GENERAL	CALLE 1 # 9-85 BOGOTA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN BLAS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2891100	DIA 10 MES 1 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	TRV 5 ESTE # 19-50 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA MEDICAL PRO&NFO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7442565	DIA 13 MES 12 AÑO 2016	DIA 2 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	Calle36 sur # 77-33

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4320160	DIA 8 MES 11 AÑO 2016	DIA 29 MES 11 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR GRUPO DE SOPORTE	CIRUGIA GENERAL	Calle 1 No.9-85

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA COLSANITAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lejmurillo@colsanitas.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5948650	DIA 11 MES 10 AÑO 2016	DIA 20 MES 8 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	Cra. 66 #23 - 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA NUEVA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3274444	DIA 30 MES 8 AÑO 2016	DIA 19 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	Cl. 45f # 16a-11

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	12
PRIVADO	0	12

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
FLOREZ	VALENCIA	JUAN MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 18616366

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80042807145 D.M 22

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES ABR AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 23 # 66-39 Interior 2 Apartamento 1004

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3881418

EMAIL jmflorez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1996
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	8	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	9	2016	18616366
UN	12	X		MEDICO	11	2005	18616366

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	mgil@cancer.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4320160	DIA 6 MES 11 AÑO 2018	DIA 27 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR GRUPO DE SOPORTE	CIRUGIA GENERAL	CALLE 1 # 9-85 BOGOTA

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN BLAS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2891100	DIA 10 MES 1 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	TRV 5 ESTE # 19-50 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA MEDICAL PRO&NFO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7442565	DIA 13 MES 12 AÑO 2016	DIA 2 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	Calle36 sur # 77-33

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS: 4320160	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 11 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 11 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: COORDINADOR GRUPO DE SOPORTE	*DEPENDENCIA*: CIRUGIA GENERAL		*DIRECCIÓN*: Calle 1 No.9-85

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA COLSANITAS	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lejmurillo@colsanitas.com
TELÉFONOS: 5948650	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 10 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 8 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: CIRUJANO GENERAL	*DEPENDENCIA*: CIRUGIA GENERAL		*DIRECCIÓN*: Cra. 66 #23 - 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA NUEVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS: 3274444	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 8 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 19 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: CIRUJANO GENERAL	*DEPENDENCIA*: CIRUGIA GENERAL		*DIRECCIÓN*: Cl. 45f # 16a-11

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	12
PRIVADO	0	12

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, 16/DIC/2018.

Juan M. Flórez Valencia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 18616366 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Calle 23 # 66-39 Interior 2 Apartamento 1004 **Teléfonos** 3016958727 3881418

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
OLGA VALENCIA DIAZ	41409266	MADRE
LEONARDO FLOREZ VALENCIA	18615040	HERMANO(A)
DIANA MARCELA FLOREZ VALENCIA	30233946	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ⓧ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ◯

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 9.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 9.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	005570369586	BOGOTA	$ 1.000.000,00
BANCOLOMBIA	AHORROS	04594081167	BOGOTA	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	MAZDA 3 MODELO 2017	$ 67.000.000,00
VEHICULO	MOTO NINJA	$ 16.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCO FINANDINA	CREDITO DE VEHICULO	$ 13.000.000,00
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 18616366 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Calle 23 # 66-39 Interior 2 Apartamento 1004 **Teléfonos** 3016958727 3881418

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
OLGA VALENCIA DIAZ	41409266	MADRE
LEONARDO FLOREZ VALENCIA	18615040	HERMANO(A)
DIANA MARCELA FLOREZ VALENCIA	30233946	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ⓧ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 9.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 9.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	005570369586	BOGOTA	$ 1.000.000,00
BANCOLOMBIA	AHORROS	04594081167	BOGOTA	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	MAZDA 3 MODELO 2017	$ 67.000.000,00
VEHICULO	MOTO NINJA	$ 16.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCO FINANDINA	CREDITO DE VEHICULO	$ 13.000.000,00
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Juan M. Flórez V.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Salesiano "San Juan Bosco"

Dosquebradas

Jornada Diurna

Autorizado por la Secretaria de Educación de Risaralda según Resolución No. 483 del 29 de Septiembre de 1.993

Confiere a

Juan Manuel Flórez Valencia

T.I. No. 800428-07145 de Santa Rosa

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.

Jorge Gmo. Rosa
Rector

Secretaria

COLEGIO · SALESIANO
PEREIRA-DOSQUEBRADAS

Registro Interno

Acta No. 036 **Folio No. 039**

Este Diploma no requiere ser Registrado en la Secretaria de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

Dado en Dosquebradas, a 2 de Diciembre de 1.996

Kamay - Bogotá

En nombre de la República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Universidad de Caldas

En atención a que

Juan Manuel Flórez Valencia

C.C. No. 18616366 de SANTA ROSA DE CABAL

Ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

MÉDICO CIRUJANO

Y le expide el presente diploma. En testimonio de ello, se refrenda con las firmas y registro respectivos

Rector

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION TERRITORIAL
DE SALUD DE CALDAS
Reconócase este título para todos los efectos legales.
MANIZALES,
RESOLUCION No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
Tarjeta D2-VIII-06
0622

Secretario General

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
Dirección Seccional de Salud
Este título se encuentra debidamente inscrito,
Medellín, 07 MAR 2007
Dirección de Vigilancia y Control

Manizales, 28 de noviembre de 2005 Oficina de Registro Académico folio 28/764 del libro No 4

No. 14721

THOMAS GREG & SONS

Fundación Universitaria Sanitas

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

Juan Manuel Flórez Valencia

C.C. 18.616.366 de Santa Rosa de Cabal

Cumplió los requisitos académicos exigidos para optar al grado de especialista, le confiere el título de

Especialista en Cirugía General

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C. al primer (01) día del mes de septiembre del año dos mil dieciséis (2016)

Mario Arturo Isaza Ruget
Rector

Juan de Francisco Zambrano
Decano

Johns Steve Navarro Lara
Secretario General

Anotado al Folio No.00199 Libro de registro No. EP02
16BO57EP000199

Acta de Grado

INSCRIPCION S.E. :31523
DANE: 36617000088

COLEGIO SALESIANO SAN JUAN BOSCO

DOSQUEBRADAS-RISARALDA
JORNADA DIURNA

En la ciudad de DOSQUEBRADAS, a los DOS (2) dia(s) del mes de DICIEMBRE de 1.996 se reunieron , con el fin de formalizar la graduación de losalumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO SALESIANO "SAN JUAN BOSCO" Institución aprobada hasta el año 2.000 , en el nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por la Secretaría de Educación del Departamanto de Risaralda, para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad ACADEMICA según Resolución No.483 del 29 de Septiembre de 1.993

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 procedio a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos Nombres , apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
C.C. ó T.I. No. 800428-07145 de SANTA ROSA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. TREINTA Y SEIS (036) de fecha DICIEMBRE 2 DE 1.996 que consta de 96 alumnos graduados, comienza con el nombre de GIANCARLO AGUDELO PELAEZ y se cierra con el nombre de RICARDO ALEJANDRO ZAPATA MONTOYA

Firmada y sellada por PBRO. JORGE GUILLERMO TORO ALZATE Rector y JULIA INES ABAD ORTIZ Secretaria

Dada en DOSQUEBRADAS , a los 2 dias del mes de DICIEMBRE de 1.996

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Articulo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

RECTOR
C.C. No. 8.271.450 de Medellin

SECRETARIA
C.C. No. 25.169.961 de Dosquebradas

Kamaleon

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No.**2868** SESIÓN DE GRADO No. **9**

Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha Lunes, 28 de Noviembre de 2005

En ceremonia presidida por el Rector **Bernardo Rivera Sánchez** y el Secretario General **Juan Carlos Cadavid De la Pava**, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, al exalumno(a) **JUAN MANUEL FLÓREZ VALENCIA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **18616366** de **SANTA ROSA DE CABAL** y Libreta Militar No. 80042807145 del Distrito No. 22 quién acreditó en debida forma el título de bachiller, expedido por el Colegio **SALESIANO SAN JUAN BOSCO** de **DOSQUEBRADAS-RISARALDA** en el año 1996 cumpliendo así con todos los requisitos legales de conformidad con la Resolución de Decanatura No. **164** del **Jueves, 3 de Noviembre de 2005** y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia y a ejercer los deberes de su profesión con estricta sujeción a la ética.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

REALIZÓ INTERNADO ROTATORIO EN LA FUNDACIÓN CARDIO-INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA EN SANTAFÉ DE BOGOTÁ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE DICIEMBRE DE 2004 Y EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2005.

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que lo acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de **MÉDICO CIRUJANO**

En cumplimiento al Artículo 109 del Reglamento Estudiantil se hace constar que el Exalumno obtuvo un Promedio Superior a Cuatro (4.0), así: 4.13

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Lunes, 28 de Noviembre de 2005

Centro Admisiones y Registro Académico, Folio **28/764** Del Libro de Registro No.**4**

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

República de Colombia
Departamento de Risaralda
Secretaria de Salud

Resolución No. 0622
(Agosto 02 de 2006)

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión.

El Secretario de Salud del Departamento de Risaralda, en uso de las atribuciones constitucionales, contenidos en los Artículos 2º. 4º. 5º. 6º. 13º. 23º. 29º .48º. 49º. 121, 122, 123, 124 y 209 en las Leyes 715/01, en el marco normativo contenido en los Decretos identificados a los números 2169/49, 1950/64, 01/84, 2304/89, 0458/00, 0459/00, 0460/00 y 0461/00, el marco residual contenido en la Resolución No. 1875 de agosto 3 de 1994 y demás normas concordantes, y

CONSIDERANDO:

Que, **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**, identificado(a) con la cédula de Ciudadanía 18.616.366 de Santa Rosa de Cabal, ha solicitado autorización para ejercer la profesión de MÉDICO Y CIRUJANO, título que le fue otorgado por la UNIVERSIDAD DE CALDAS, Acta de Grado No.2868, el 28 de noviembre de 2005.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaria Académica de la Universidad Folio No.28/764, del Libro de Diplomas No.4, Registro No. 14721, del 28 de noviembre de 2005.

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, en la Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael, del Municipio de Pueblo Rico, Departamento de Risaralda, desde el 01 de febrero 2006 hasta 31 de julio de 2006, según Orden de plaza No. 79-M, radicada en el libro de registro de profesiones No. 1001 hoja No. 12, del 31 de diciembre de 2005, cumpliendo así el tiempo requerido para el Año Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA, para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: El Profesional deberá realizar la respectiva Inscripción Departamental en cada Seccional de Salud del Departamento donde vaya a laborar.

ARTICULO TERCERO: Deberá pagar $ 3600 correspondientes a la Estampilla Pro-Hospitales Universitarios de Risaralda, Según Decreto No. 0023 del 11 de enero de 2006.

ARTICULO CUARTO: Contra el presente Acto Administrativo procede el recurso de Reposición presentado dentro de los 5 días hábiles siguientes a la notificación personal o por Edicto ante el Secretario Departamental de Salud y el subsidiario de apelación ante el Señor Gobernador del Departamento de Risaralda dentro del término antes señalado.

ARTÍCULO QUINTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación

NOTIFÍQUESE PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en la ciudad de Pereira a los 02 días de agosto de 2006.

URIEL ESCOBAR BARRIOS
Secretario de Salud

JUAN CARLOS RESTREPO MEJIA
Director Operativo
Prestación Servicios de Salud

Cod. 1-40-52-944

Fundación Universitaria Sanitas

Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE GRADO No. EP199
(Folio 00199 del libro EP02)

En la ciudad de Bogotá, al primer (01) día del mes de septiembre del año dos mil dieciséis (2016), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 90734, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, otorga el título de

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

A

JUAN MANUEL FLÓREZ VALENCIA

Identificado(a) con C.C. No. 18.616.366 de Santa Rosa de Cabal, quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título profesional. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma No. 16BO57EP000199 que lo(a) acredita como tal.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Firmada por: **MARIO ARTURO ISAZA RUGET** - Rector, **JUAN DE FRANCISCO ZAMBRANO** - Decano Facultad de Medicina, y **JOHNS STEVE NAVARRO LARA** - Secretario General.

Es fiel copia tomada del original, expedida en Bogotá, el primero (01) de septiembre del año dos mil dieciséis (2016).

JOHNS STEVE NAVARRO LARA
Secretario General

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

JUAN FLOREZ

C.C. 18616366

Ha participado en calidad de asistente en el

I CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

en el camino de la excelencia en Cirugía.

Celebrado en la ciudad de Bogotá, los días 21, 22 y 23 de mayo de 2015
con una intensidad de 20 horas.

Juan de Francisco Zambrano
Decano Facultad de Medicina

William Sánchez
Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía

Wimber Ortiz Martínez
Director Unidad de Vinculación con el Sector Externo

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

Clínica Colsanitas

15B057FC60779

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

JUAN MANUEL FLOREZ

C.C. 18616366

ha participado en calidad de asistente en el

I SIMPOSIO DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL

En el Final de la Vida.

Celebrado en Bogotá D.C el 7 de febrero de 2014, con una intensidad de 4 horas.

Luz Angela Navas
Jefe Departamento de Gastroenterología
Clínica Colsanitas S.A.

Wimber Ortiz Martínez
Director Unidad Vinculación con el Sector Externo

Organiza Clínica Colsanitas S.A.

14BO57FC50094

ACIN
ASOCIACION COLOMBIANA DE INFECTOLOGIA
CAPÍTULO EJE CAFETERO

II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA

Manizales, Colombia

La Asociación Colombiana de Infectología Capítulo Eje Cafetero

Certifica que

JUAN MANUEL FLÓREZ VALENCIA

Asistió a la II Jornada de Actualización en Infectología, realizada en la ciudad de Manizales, el 10 de noviembre de 2005 con una intensidad de 8 horas.

Claudia Pilar Botero de A.
Unidad de Infectología - Clínica de La Presentación
Vicepresidenta - ACIN Eje Cafetero

Jorge Enrique Gómez Marín
Laboratorio Biomédica - U. Quindío
Presidente - ACIN Eje Cafetero

Primera Jornada de Actualización en TEMAS SELECTOS

UNIVERSIDAD DE CALDAS
LUMINA SPARGO

ASOCIACION NACIONAL DE INTERNOS Y RESIDENTES
ANIR

certifica que:

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

Asistió a la Jornada de Actualización en Temas Selectos el día 29 de Octubre de 2004 con una duración de 12 horas.



Dolly Magnolia González H

DOLLY MAGNOLIA GONZÁLEZ HOYOS
Decana Facultad Ciencias para la Salud

LUIS MAURICIO FIGUEROA GUTIERREZ
Presidente ANIR Caldas



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
CERTIFICA

Que: JUAN MANUEL FLOREZ

Asistió al
18º Congreso intermedio
"Cirugía de mínima invasión: una nueva alternativa"

Celebrado en el Hotel Sheraton de la ciudad de Bogotá
los días 18, 19 y 20 de mayo de 2012 con una intensidad horaria de 24 horas.

OTORGA 75 Créditos
Programa de recertificación para los MACC

OSWALDO A. BORRAEZ G. M.D.
Presidente ACC

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
CERTIFICA

Que: **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**

Asistió al

XXXVII CONGRESO NACIONAL "AVANCES EN CIRUGÍA"

Celebrado en el Hotel Sheraton de la Ciudad de Bogotá
los días 12,13, 14 y 15 de Agosto de 2011 con una intensidad de 40 horas

SAÚL RUGELES QUINTERO M.D.
Presidente ACC

Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología - SCCOT

Certifica que

JUAN MANUEL FLOREZ

Asistió al

Curso Internacional de Actualización en Columna

18 al 20 de febrero de 2010 San Andrés Isla, Colombia
Intensidad: 19 Horas

Dr. Mario Herrera
Secretario Capítulo Columna

Dr. Jose G. Rugeles
Presidente Capítulo de Columna

Dr. Fernando Helo
Secretario General SCCOT

Dr. Nicolás Restrepo G.
Presidente SCCOT

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA PLASTICA Y LA FUNDACION SONRISA

CERTIFICA QUE

El Dr. Juan Manuel Florez

Asistió al VI Encuentro Internacional de Clínicas de Labio y Paladar Hendido, los días 27, 28 y 29 de Octubre del 2005, en las instalaciones del Hotel Carretero de la ciudad de Manizales, con una intensidad de 20 Horas.

Dra. COLOMBIA QUINTERO G.
Presidenta Capítulo Colombiano de LPH
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica

Dr. LUIS FERNANDO PEREZ
Presidente Fundación Sonrisa

Dr. EDISON QUINTERO
Presidente Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Seccional Caldas

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

CERTIFICA

Que JUAN MANUEL FLOREZ

Asistió en calidad de PARTICIPANTE

a la VII Jornada de Actualización en Patología Vascular.

Dr. Daniel E. Indaburu L.
Presidente Asovascular

JFMM

Dr. Juan Fernando Muñoz M.
Presidente Regional Central

Dr. Gabriel Fernando Mejía
Coordinador del Simposio

Bogotá, Marzo 8 y 9 de 2013



SIS
SURGICAL INFECTION SOCIETY
Latin America

Certifica que

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

Participó en el:

V Congreso Latinoamericano de Infección Quirúrgica

llevado a cabo en la ciudad de Bogotá durante los días 2,3 y 4 de Mayo de 2013

Dr. Carlos Sefair
Presidente del Congreso

Dr. Carlos Hartmann
Presidente de SIS-LA

Dr. Gustavo Quintero
Director Ejecutivo SIS-LA

Johnson & Johnson
Medical Devices & Diagnostics Group

Bogotá, Agosto de 2008

JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A.

Certifica que:

El Doctor **Juan Manuel Florez Valencia**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 18.616.366 de Santa Rosa de Cabal , asistió al Curso de entrenamiento In-Vitro, completando 12 horas de la práctica de Pelvic Trainer. Este programa educacional consiste en un entrenamiento básico para desarrollar habilidades para la cirugía mínimamente invasiva y no certifica al entrenado para realizar procedimientos quirúrgicos por vía laparoscópica.

Este certificado se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Agosto de 2008.

ALEX VARGAS
Gerente de Ventas
Ethicon Endo-Cirugía

ENDOCRINO 2007
Endocrinología de Avanzada

Asociación Colombiana de Endocrinología
Fundada en 1950

La Asociación Colombiana de Endocrinología

Certifica Que

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

Participó en Calidad de

Participante

Durante el ***Simposio Capítulo Eje Cafetero Tiroides****,*
realizado en el Hotel de Pereira, el día 3 de Marzo de 2007,
Con una intensidad horaria de 4 horas (4 Créditos - Educación Continuada)

HÉCTOR MARIO RENGIFO CASTILLO, MD
Presidente
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA

MARTHA ELENA MARÍN GRISALES, MD
Presidente Capítulo Eje Cafetero
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA

Médicos Generales Colombianos

El Portal en Internet de los Médicos Generales en Colombia

Certifica que

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

Asistió al Simposio Itinerante en el que se trataron los siguientes temas:

"Uso de medicamentos biotecnológicos en la práctica médica"
"Profilaxis de Migraña"
"Actualización en el manejo del Insomnio"
"Novedades en el manejo de la Artritis Reumatoide"
"Nuevo manejo de la Insuficiencia Venosa"

Con una intensidad de 5 horas

En constancia se expide esta certificación en la ciudad de Bogotá
a los 06 días del mes de Julio del año 2011

Dr. Juan Pablo Poveda Medina
Gerente

www.MedicosGeneralesColombianos.Com

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria Sanitas

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Juan Manuel Flórez Valencia 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:

Especialista en Cirugía General.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Juan M. FlórezV.

No. de documento: 18.616.366.

Tarjeta profesional No: 18616366

Dirección de contacto: Clle 23 # 66-39 Int 2 Apto 1004

Teléfono: 3016958727.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.616.366**

FLOREZ VALENCIA

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

27-MAY-1998 SANTA ROSA DE CABAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00157138-M-0018616366-20090521 0011645839A 1 1110043377

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 14401829832

(415)7707212489984(8020) 000001440182983 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 8 6 1 6 3 6 6	0	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	1 8 6 1 6 3 6 6	1 9 9 8 0 5 2 7

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FLOREZ	VALENCIA	JUAN	MANUEL

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
CL 23 66 39 IN 2 AP 1004

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

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 2 1	2 0 0 7 0 3 0 7					2 2 2 1	

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 7 0 1 2 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 FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-01-2017
Hora: 12:34:17 PM

CONTRIBUYENTE CC 18616366 JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

Información

Dirección	CL 23 66 39 IN 2 AP 1004
Teléfonos	3016958727
Dirección	jmflorez@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	30/01/2017
Soporte Inscripción	13424390
Fecha Inicio Actividades	07/03/2007
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL

CEDULA MILITAR
OFICIAL DE RESERVA

80042807145



GRADO : SUBTENIENTE RV

APELLIDOS Y NOMBRES:

FLOREZ VALENCIA
JUAN MANUEL

"INSTRUCCIONES ESPECIALES"
"ESTA CEDULA REEMPLAZA LA TARJETA DE RESERVISTA"

FECHA NACIMIENTO: 28/04/80
ARMA O SERVICIO: ARTILLERIA
DECRETO ASCENSO: 14992 28/11/97
FECHA EXPEDICION : 17/12/1997

BG. GABRIEL FERNANDO CHEMAS BERNAL
DIRECTOR RECLUTAMIENTO EJERCITO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JUAN MANUEL

FLOREZ VALENCIA

C.C 18616366

MEDICO(A)

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 06/05/200

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No. 66 622/ 2006

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

C.C. o C.E.
C 18616366

De
STA ROSA D CAB

Institución de Educación
UNIV D CALDAS

Ciudad
MANIZALES

Código 287/01

Fecha de Expedición 27/08/08

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

República de Colombia
Departamento de Risaralda
Secretaria de Salud

Resolución No. 0622
(Agosto 02 de 2006)

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión.

El Secretario de Salud del Departamento de Risaralda, en uso de las atribuciones constitucionales, contenidos en los Artículos 2º. 4º. 5º. 6º. 13º. 23º. 29º .48º. 49º. 121, 122, 123, 124 y 209 en las Leyes 715/01, en el marco normativo contenido en los Decretos identificados a los números 2169/49, 1950/64, 01/84, 2304/89, 0458/00, 0459/00, 0460/00 y 0461/00, el marco residual contenido en la Resolución No. 1875 de agosto 3 de 1994 y demás normas concordantes, y

CONSIDERANDO:

Que, **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**, identificado(a) con la cédula de Ciudadanía 18.616.366 de Santa Rosa de Cabal, ha solicitado autorización para ejercer la profesión de MÉDICO Y CIRUJANO, título que le fue otorgado por la UNIVERSIDAD DE CALDAS, Acta de Grado No.2868, el 28 de noviembre de 2005.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaria Académica de la Universidad Folio No.28/764, del Libro de Diplomas No.4, Registro No. 14721, del 28 de noviembre de 2005.

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, en la Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael, del Municipio de Pueblo Rico, Departamento de Risaralda, desde el 01 de febrero 2006 hasta 31 de julio de 2006, según Orden de plaza No. 79-M, radicada en el libro de registro de profesiones No. 1001 hoja No. 12, del 31 de diciembre de 2005, cumpliendo así el tiempo requerido para el Año Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA, para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: El Profesional deberá realizar la respectiva Inscripción Departamental en cada Seccional de Salud del Departamento donde vaya a laborar.

ARTICULO TERCERO: Deberá pagar $ 3600 correspondientes a la Estampilla Pro-Hospitales Universitarios de Risaralda, Según Decreto No. 0023 del 11 de enero de 2006.

ARTICULO CUARTO: Contra el presente Acto Administrativo procede el recurso de Reposición presentado dentro de los 5 días hábiles siguientes a la notificación personal o por Edicto ante el Secretario Departamental de Salud y el subsidiario de apelación ante el Señor Gobernador del Departamento de Risaralda dentro del término antes señalado.

ARTÍCULO QUINTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación

NOTIFÍQUESE PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en la ciudad de Pereira a los 02 días de agosto de 2006.

URIEL ESCOBAR BARRIOS
Secretario de Salud

JUAN CARLOS RESTREPO MEJIA
Director Operativo
Prestación Servicios de Salud

Cod. 1-40-52-944

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

18616366

Primer Nombre *

JUAN

Primer Apellido *

FLOREZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-16→3:19:49 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	18616366	JUAN	MANUEL	FLOREZ	VALENCIA	Ver

Información Detallada [CC: 18616366] JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA 2018-12-16→3:19:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	2006/8/02	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).

Tribunal Nacional de Etica Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C-0477

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 18.616.366 de Santa Rosa de Cabal y T.P. o R.M. No. 66-622/2006 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD.
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail trnetmed@outlook.com

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m̂	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis	25 ENE 2018	1434053 DT (vn)
	2a. Dosis	01 MAR 2018	DF 17002 (902)
	3a. Dosis	05 ABR 2018	1434054 BT
	Refuerzo	25-01-2019	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
NEUMO. POLISACARIDO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		

ESQUEMA ANTIRRÁBICO

	No. DOSIS	No. DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	3		
	3a.	7		
	4a.	14		
	5a.	28		
PRE-EXPOSICION	1a.	0		
	2a.	7		
	3a.	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1a. Dosis		
		2a. Dosis		
		3a. Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			

Anotaciones Especiales

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

212358

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Juan Manuel Florez V.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M

TELÉFONO: 3016958727 / CC. 18616366

JUAN PABLO II

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS S.A.S

Nit. 900031309 - 8

Dirección: Calle 27 Sur 18C 02

Tel: 3661905 / 2392330 / 3665634 / 2395905

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/02/2017 12:25:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**

Cargo **CIRUJANO** Doc. Identidad **CC 18616366**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( ) NO (X)	ARL	SI ( ) NO ( )	EPS	SI ( ) NO ( )

MEDICINA PREVENTIVA: 1/ CONTINUAR PROCESO DE SELECCIÓN. 2/ AUTOCUIDADO EN EL SITIO DE TRABAJO.
3/ PAUSAS DE VIDA SALUDABLE O PAUSA ACTIVAS 15 MINUTOS CADA 4 HORAS (DE ESTIRAMIENTO).

FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORREZ
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 1013590019 RM: 252176

Trabajador: JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
CC: 18616366
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

4/ ADECUADOS HABITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA, 5/CUIDADOS CON LA ALIMENTACION, 6/ USO DE BLOQUEADOR SOLAR 2 VECES AL DIA.

USO DE EPPs ACORDE A RIESGO BIOLOGICO

DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS.
AJUSTAR HORARIO DE ALIMENTACION (COMER A HORAS).
SE INDICA BAJAR DE PESO.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORREZ
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 1013590019 RM: 252176

Trabajador: JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
CC: 18616366
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

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

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

FECHA:	16.12.18	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:	OTRO
☐	☐	☒	☐	☐		

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Flórez	Valencia	Juan	Manuel

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	18.616.366	Santa Rosa de Cabal, Risaralda	1998/05/27
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
28/09/1980	Bogotá	Colombia	Colombiano.

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	0	0	3016958727

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Clle 23 #66-39 Int2 Ap 1001	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3881418

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Jmflorez@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 ☐	CUAL:	Prestación de Servicios
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☒		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒ NO ☐		SI ☐ NO ☒	7221	
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Hospital San Blas

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐	NIT	800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Trv 5 Este #19-50 Sur	2891100	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Cirujano General	**FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)**		2017/01/10

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	9.000.000.	GASTOS FAMILIARES	4.000.000	AHORROS	5.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	1.500.000.	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	1.400.000	VEHICULOS	83.000.000	DEUDA VEHICULOS	13.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	9.600.000	TOTAL EGRESOS	6.900.000	TOTAL ACTIVOS	88.000.000	TOTAL PASIVOS	15.000.000

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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ortiz	Paez	Juan	Carlos
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Diag 91 # 45-65 Ap 101	Bogota, cund, Colombia	Cuñado	3153426220

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	00557036 9586	Bogota	18000123838

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 ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ ☐
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.):

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) días, 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 artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, 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, Fasecolda, 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 Titulo 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 onsecuencia, 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 sarlaft@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.
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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Juan M. Flórez V.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **18616366** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 18616366
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01-11-2016
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	110
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/12/2018**

ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

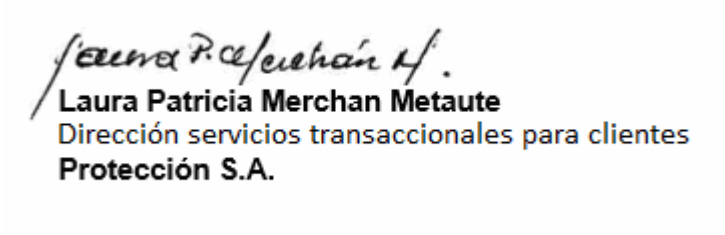
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL** identificado(a) con **CC** número **18.616.366** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de agosto de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2018121615275

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

18.616.366	Segurros Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Juan	Manuel	Flórez	Valencia

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
28/04/80	Bogotá	Clle 23 #66-39 Int 2 Apto 1004	3881418.

Sura	Protección	$ 9.000.000.
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Cirujano General.	Enero 2019
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

JMflorez@hotmail.com	3016958727
Correo Electrónico	Celular

Juan M. Flórez V.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119258215

WEB
15:29:58

Bogotá DC, 16 de diciembre 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) JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 18616366:

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 GONZALEZ
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 CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 16 de diciembre de 2018, a las 15:31:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	18616366
Código de Verificación	18616366181216153159

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
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2615511

Bogotá D.C., 16 de Diciembre de 2018 - 15:33 pm

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) **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS** de SANTA ROSA DE CABAL

18616366

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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: 12_2RKS_3315
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:36:32 horas del 16/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **18616366**

Apellidos y Nombres: **FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C.
(571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **02/01/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **18616366**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570005570369586**
Fecha de apertura	**28/12/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA