

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Gestión Hospitalaria	FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Viviana Palencia	DOCUMENTO:	39806399		
TELÉFONO:	3005098324	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Enfermera		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☐
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA N° 23 de 16/03/2017)	SI	☒
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒ N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒ N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒ NO ☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐ N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒ N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒ N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CHU 8692	SI	☒
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐ N/A ☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒ N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒ N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☒ N/A ☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒ N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☒ N/A ☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐ N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citotecnólogo, Histotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐ N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐ N/A ☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☒ N/A ☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐ N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐ N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐ N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Fomisanav	SI	☒
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir	SI	☒
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE: Bolívar	SI	☒
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:	



Inicio Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio — Configuraciones de Perfil

Id de pagina: 14305962 Ayuda ?

Editar

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género Femenino
Cargo ENFERMERA JEFE
Título Sra.
Nombre completo VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ
Nombre y apellido VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ
Código del empleado 85101601
Tipo de documento
Número de documento 39806349
Fecha de emisión 01/10/2001 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Expedido por REGISTRADURIA
Fecha de expiración
Dirección CARRERA 145 # 150-64
Código postal
Estado CASADA
Municipio BOGOTA
País COLOMBIA
Correo electrónico vivianaflorz55@gmail.com
Teléfono 3005078324
Celular 3005078324
Número de fax



Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta juan
Celular 3005078324

Editar

16/11/2017

Confirmación de registro de Proveedor



UTC -5 16 14.05



Buscar por proceso

Buscar...

Id de página: 11001741 Ayuda ?

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ,

VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ con el NIT 39806349 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >



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

Última Actualización: 04-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FLOREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEREZ	NOMBRES VIVIANA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 39806349	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES SEP AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 145 # 150- 64 torre 3 apto 1419 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6893615 EMAIL vivianafloz@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 bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2006

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	7 2016	39806349



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 DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 04-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
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.		X	
PAÍS		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 22 MES 12 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA JEFE	UNIDAD SALUD MENTAL	CALLE 35A # 5-49	

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	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	7

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá, D.C. 12 / 12 / 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O 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 DISTRICTAL DEL EMPEÑO Y SALUD PÚBLICA

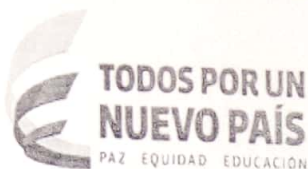
Última Actualización: 06-dic-2018

[Empty rectangular box for data entry]

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)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 39806349 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección carrera 145 # 150- 64 torre 3 apto 1419

Teléfonos 3005078324 6893615

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CLAUDIA PEREZ	20380615	MADRE

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	\$ 39.600.000,00
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	\$ 39.600.000,00

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	458070010541	RESTREPO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco de Bogota	CREDITO	\$ 400.000,00

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

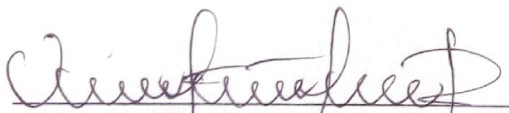
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ALEXANDER VILLARRAGA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	80312204

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

GIMNASIO LA CAMPIÑA

CALLE 131 No. 109B-54

TELEFONO 6970008 5360774

BOGOTA, D.C

Inscripción S.E. 4098

Inscripción Dane 31176904367

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre de 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **GIMNASIO LA CAMPIÑA**, institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución No. 2470 del 29 de Noviembre de 1991.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Viviana Patricia Flórez Pérez

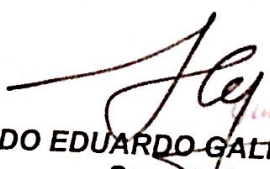
C.C. 39.806.349 de Cachipay Cundinamarca

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 13 del 28 de Noviembre de 2003, consta de 31 alumnos; comienza con el nombre de ARIZA SEDANO YANEIDY y termina con el nombre de VELÁSQUEZ LEÓN NATALIA. Firmada por **JOHN EUZKADY DIAZ GARZON** (Rector) y **HERNANDO EDUARDO GALINDO CARO** (Secretario).

Dada en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre de 2003.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


JOHN EUZKADY DIAZ GARZON
Rector
C.C. 79.102.007 de Engativá (Cund.)


HERNANDO EDUARDO GALINDO CARO
Secretario
C.C. 19.130.851 de Bogotá



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

VIVIANA PATRICIA FLÓREZ PÉREZ

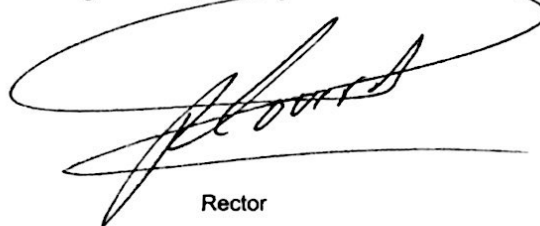
C.C. No. 39.806.349 de Cachipay

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

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 28 de julio de 2016



Rector



Secretario General



Decano



Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 778

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2016 a las 10:00 horas, convocados por Resolución Nacional 096 del 21 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Sonia Sierra González, para presidir la ceremonia de grado de **VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ** con cédula de ciudadanía número 39806349 de Cachipay, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensus del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 1, número 47807.

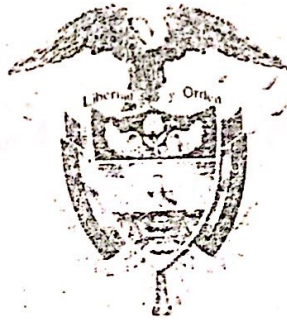
FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
SONIA SIERRA GONZÁLEZ, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2016.


AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaria General
SONIA SIERRA GONZÁLEZ
Secretaria General (E)

Línea Gratuita Nacional
018000 180099

Sede Bogotá: (57+1) 7449191 - Seccional Pereira: (57+6) 3402282
Sede Medellín: (57+4) 6040573 - Sede Valledupar: (57+5) 5894093
www.areandina.edu.co



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Gimnasio La Campiña

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 2470 del 29 de Noviembre de 1991
Confiere a:

Viviana Patricia Flórez Pérez

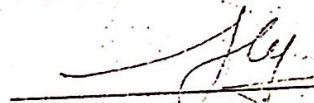
C.C. 39.806.349 de Cachipay Cundinamarca

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes


Rector


Secretario



Anotado al Folio No. 02 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 0577

Dado en Bogotá, D.C., a 28 de Noviembre de 2003

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995;
de la Presidencia de la República.

Visual Líder Ltda.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

VIVIANA P. FLOREZ

C.C.: 39806349

Asistió a la capacitación en:

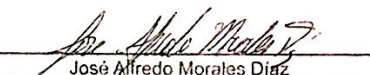
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente

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


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


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


BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

La Fundación Universitaria Del Alca Andina.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Viviana Palencia Flores 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...."

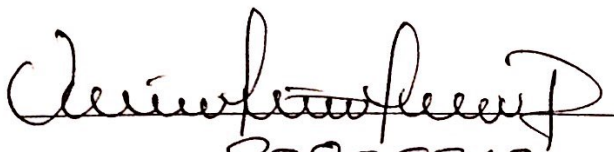
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

39806349

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 145 No 150-64

Teléfono:

3005078324

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.806.349

FLOREZ PEREZ

APELLIDOS

VIVIANA PATRICIA

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1982

LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

01-OCT-2001 CACHIPAY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



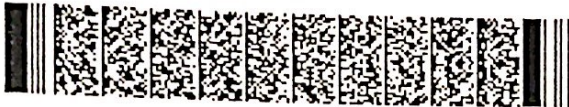
A-1500150-00154558-F-0039806349-20090418

0010779711A 1

28738996

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14396039360



(415)7707212489984(8020) 000001439603936 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

3 9 8 0 6 3 4 9

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(32)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

13

26. Número de identificación:

3 9 8 0 6 3 4 9

27. Fecha expedición:

2 0 0 1 1 0 0 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

169

29. Departamento:

Cundinamarca

25

30. Ciudad/Municipio:

Cachipay

123

31. Primer apellido

FLOREZ

32. Segundo apellido

PEREZ

33. Primer nombre

VIVIANA

34. Otros nombres

PATRICIA

35. F social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

169

39. Departamento:

Bogotá D.C.

11

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

001

41. Dirección principal

CL 75 94 08

42. Correo electrónico:

vivianaflorz@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 0 5 0 7 8 3 2 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

52. Número establecimientos

Actividad principal

46. Código:

8,6,9,2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 7 0 3 2 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

51. Código

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:	2	0																							

2 Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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 ☐

60. No. de folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 6 1 1 2 4

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 VASQUEZ HOYOS MAGDALENA

985. Cargo: Gestor I

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 39806349 VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ

Información

Dirección CL 75 94 08
Teléfonos 3005078324
Dirección vivianaflorz@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 24/11/2016
Soporte Inscripción 17678836
Fecha Inicio Actividades 29/03/2007
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPEUTICO (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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

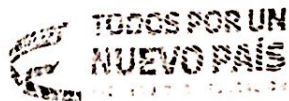
Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y



Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ

C.C. 39.806.349

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA

Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-07-28

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2016-08-31



5389

Crear-ID.com | 8219115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

**Reporte de profesionales sin plaza asignada en el sorte de plazas del 19/07/2016 para los profesionales del área de
ENFERMERÍA**

Fecha de Generación: 19/07/2016

Tipo Identificación	Número de identificación
CC	1018407618
CC	39813251
CC	1098730789
CC	1026558828
CC	1110499065
CC	1110455516
CC	1087555719
CC	1116798956
CC	1069729878
CC	7219528
CC	1087199646
CC	1110526365
CC	39806349
CC	53060682
CC	1143338631
CC	1073701325
CC	1022950372
CC	1032430728
CC	80896833
CC	1088288436
CC	1143255189
CC	1088319448
CC	1046342376
CC	1088312425
CC	1024537519
CC	1082157265
CC	1123631429
CC	1075274963
CC	1042445331
CC	52197257
CC	1123629372
CC	1013659186
CC	1088331106
CC	1106782955
CC	1056303358
CC	1075261818
CC	1059812133
CC	1013628023
CC	1047418505
CC	1053844253
CC	1069717583
CC	1075239575
CC	valor desconocida

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

39806349

Primer Nombre *

VIVIANA

Primer Apellido *

FLOREZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-07→11:37:24 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	39806349	VIVIANA	PATRICIA	FLOREZ	PEREZ	Ver

Información Detallada [CC: 39806349] VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ**2018-12-07→11:37:24 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016/8/31	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

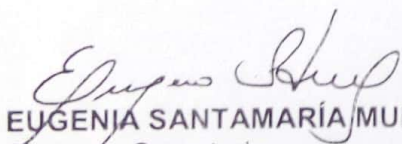
Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **VIVIANA PATRICIA FLÓREZ PÉREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.806.349, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los once (11) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO**



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
LABORATORIO CLINICO



8228423

Orden No: 8228423
Paciente: FLOREZ PEREZ VIVIANA PATRICI
Documento Id: CC 39806349
E.P.S.: HOS-USAQUEN
Sede: ORQUIDEA
Servicio: CONSULTA EXTERNA.

Fecha de ingreso: 22-Aug-2018 3:47 pm
Fecha de impresion: 29/09/2018
Edad: 35 Años 11 meses 9 días Sexo F
Telefono: 3005078324
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
SOLUCIONES MEDICAS



90302487

Nombre: FLOREZ PEREZ VIVIANA PATRICIA
Identificación: CC 39806349 Tel.
Edad: 35 Años 0 Meses 0 Días Sexo F
Médico: MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento: 8228423

Fecha de recepción: 03-sep-2018 12:22 pm
Fecha de impresión: 14-sep-2018 10:21 am
Empresa: ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede: REFERENCIA
Fecha Validación: 03-sep-2018 3:22:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: AC. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	65.3	mUI/ml	

Método: Quimioluminiscencia

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Andrea Luis

[Signature]

Evolucionamos como la vida

NIT. 209.066.001-1
Sede Principal: Calle 39 No. 13-60 • PBX. 744 7556 Ext. 2715 • 2°118 • Fax: 744 7557 Ext. 2325 • 2329
Sede Norte: Calle 103 No. 13-51 • Tel. 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 18 No. 13-05 Centro. 203 • Tel. 222 2310 • 202 2717 • Fax: 242 2014
Calle 35 No. 12-15 • Tel. 200 3705 • Fax: 257 2012

INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
1	1/2	25/02/13	Dr. [Signature]
2	1/2	25/02/13	Dr. [Signature]

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
Varicela vaccine	1	26/11/2010	Dr. [Signature]
	2	08/09/2011	Dr. [Signature]

TRIPLE VIRAL	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
MORUPAR	1	15/10/2010	Dr. [Signature]
	2	22/10/2010	Dr. [Signature]



SU ÁNGEL PROTECTOR EN GALLO

CHIRON | VACCINES

Nombre	Alfonso Rodríguez
Dirección	
Teléfono	



MEDICAL GLOBAL CENTER SAS
Licencia Salud Ocupacional No. 9606 del 16/09/2011
CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN DE: INGRESO

Bogotá, Diciembre 03 de 2018 13,28

Control: 0



DATOS GENERALES

No Identificación: 39806349

Paciente: FLOREZ PEREZ VIVIANA PATRICIA

Fecha Nacimiento: Septiembre 13 de 1982 Lugar: LA MESA

Edad: 36

Estado Civil: CASADO

No Hijos: 0

Sexo: Femenino

Escolaridad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS LABORALES

Empresa: PARTICULAR

Empresa Misión: NO APLICA

EPS: FAMILISANAR

Act. Económica:

ARP: SEGUROS BOLIVAR

AFP: PORVENIR

CARGO: ENFERMERA JEFE

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NO APLICA

Visiometría: NO APLICA

Psicométrico: NO APLICA

Espirometría: NO APLICA

Optometría: NO APLICA

Otros: ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO
NO APLICA

CONCEPTO MEDICO: APTO CON RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS DE COMPRESION MEDIANA
CUIDADOS VASCULARES DE MIEMBROS INFERIORES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

Realizar actividad física, cultura de estilo de vida y hábitos saludables
Examen no valido para porte ni tenencia de armas

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicas y permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

JAIRO ALBERTO HUERTAS

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REGISTRO MÉDICO: RM: 1011112

LICENCIA S.O.: L.S.O. 1348815

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE: FLOREZ PEREZ VIVIANA PATRICIA

CEDULA: 39806349

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

VIVIANA P. FLOREZ

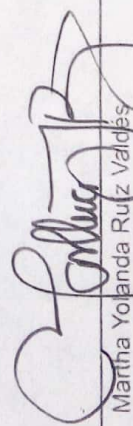
C.C.: 39806349

Asistió a la capacitación en:

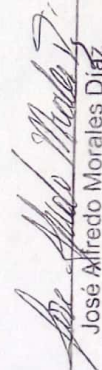
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

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


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano

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

CERTIFICA QUE:

Viviana Patricia Florez Perez

Identificado(a) con N° de Documento.

39806349

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de 48 horas en la modalidad presencial de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 2003 del 2014.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Miracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 20 días de mes de Octubre de 2018
Entregado en Bogotá a los 20 días de mes de Octubre de 2020

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX. 3 65 23 74 EXT 228



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

FECHA: 12/12/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira actualizar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación 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: Florez SEGUNDO APELLIDO: Perez PRIMER NOMBRE: Villana SEGUNDO NOMBRE: Patricia
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 39806349 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Cachipay Cundinamarca FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2001-0ctubre-01
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 13-09-1982 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): La Mesa Cundinamarca PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASA ☒ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: Ninguno NUMERO DE HIJOS: 3005078324 TELEFONO CELULAR: 3005078324

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ OTRO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: Enfermera JEFE

DIRECCION RESIDENCIA: Carrera 145 # 150-64 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA:
CORREO ELECTRONICO: PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Villanaga SEGUNDO APELLIDO: Alexander PRIMER NOMBRE: Alexander SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 80312204 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Cachipay Cundinamarca FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 1998-Abri1-13
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☒ EMPLEADO SOCIO ☐
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS C.U.I. ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

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 PÚBLICO ☒ SI ☐ NO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA Subred Integrada de Servicios de Salud	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA ☐ EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ DEPORTE ☐ LOGÍSTICA ☐ ALIMENTOS ☒ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL: X		GOBIERNO ☒ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SAÚDE ☒		# NIT 900959051-7	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA C19146H-1-145		TELÉFONO 3 444 48 4		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá	
CARGO ACTUAL Enfermera		DEPARTAMENTO Cundinamarca		PAÍS Colombia	
FECHA VINCULACIÓN 22/01/18					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS 3.000.000		GASTOS FAMILIARES 1.000.000		ACTIVOS	
HONORARIOS		ARRIENDOS 600.000		ACTIVOS	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		ACTIVOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		ACTIVOS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		ACTIVOS	
TOTAL INGRESOS 3.000.000		TOTAL EGRESOS 1.600.000		TOTAL ACTIVOS	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN 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 Villanaga		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE Stella	
DIRECCIÓN Cra 3-36		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS Cachi Pay Cundinamarca		TIPO RELACIÓN SUEGRA	
				TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR 3142061780	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD Davivienda		TIPO DE PRODUCTO Ahorro		NÚMERO 45807001054	
				SUCURSAL 20 Julio	
				TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
				PAÍS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
☐ IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:					
8. DECLARACIÓN 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Apoyo Gestión como Enfermera					
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 destinarán a actividades lícitas.					
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 mí 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.					

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 mí.

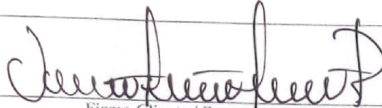
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarluf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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.subredcentroorientegov.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

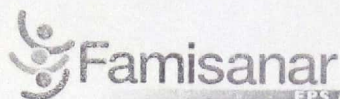


X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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:			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ identificado(a) con CC 39806349 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 09/05/2007

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO TIERRA GRATA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de diciembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **39,806,349**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 07 días del mes de Diciembre de 2018 ✓

Gerente de Clientes



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Bogotá, Colombia

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

39806319

Numero de Documento

Sequias Bañar

ARL

Viviana

Primer Nombre

Patricia

Segundo Nombre

Florez

Primer Apellido

Perez

Segundo Apellido

13-09-1982

F. Nacimiento dd/mm/aa

La Mesa

Ciudad de Nacimiento

CIA 145 No 150-64

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

Emisor

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Enfermera JEFE

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

VivianaFlores255@gmail.com

Correo Electrónico

3005078324

Celular

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo G.
C.C. No 52.431.204
Enfermera R.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c. 52.431.204

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

12/7/2018

Afiliación trabajador



Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

* Campos obligatorios

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-39806349 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolívar

kbyyx

Confirmar imagen *

CONSULTAR



© 2016 - Seguros Bolívar
Todos los derechos reservados 2016

https://arl.segurosbolivar.com/wps/portal/consultas/consulta_publica_arl/afiliacion_trabajador

1/1



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118938093



WEB

11:54:36

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 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) VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39806349:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 viernes 07 de diciembre de 2018, a las 11:56:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39806349
Código de Verificación	39806349181207115623

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 7 de Diciembre de 2018 - 12:00 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **TREINTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE**

39806349

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 figuren 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_BDKX_0012**
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 12:03:51 horas del 07/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 39806349

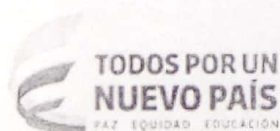
Apellidos y Nombres: **FLOREZ PEREZ VIVIANA PATRICIA**

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.



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.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

13/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **VIVIANA PATRICIA FLOREZ PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **39806349**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	0570458070010541
Saldo a la fecha	652.10 Pesos
Fecha de apertura	03/04/2008

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA