


| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------------|
|  | E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | |
| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | |
| | FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR. | | |
| | Código: A-ADM- CON-F-028 | Versión: 1 | Fecha: 03-Abril-2023 |

Cajicá, 17 de febrero de 2026

Señora
VIVIANA CORTAZAR AMAYA
Cédula de ciudadanía No. 1.075.661.767
Dir- Cra 3 # 2d-44 Zipaquirá
CEL: 3102003748
Email: movicoam@hotmail.com

ASUNTO: INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR

Respetada señora Viviana:

Adjunto envío los estudios previos para su análisis y si así lo considera pertinente proceda a presentar propuesta para la respectiva contratación en la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, con las siguientes características:

| | | | |
|---------------------------------|---|---------------------|---|
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | | |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS | Apoyar la realización de las actividades descritas a continuación. | | |
| | Nombre de la actividad | Periodicidad | Entregables (Medio de verificación) |
| | Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio. Realizar Visitas domiciliarias familiares para: caracterización o actualización y seguimientos estableciendo el nivel de riesgo y avances de todos los integrantes de las familias, de acuerdo con la asignación de la tabla 1. Micro-territorios por Municipio y Auxiliar con Población; Priorizando Gestantes, adultos mayores y población diferencial. Para las casas fallidas presentar formato y registro fotográfico. *rural baja dispersión (entre 15 -30 minutos entre viviendas): mínimo 40 visitas al mes * casco urbano- centro poblado: mínimo 60 visitas al mes | MENSUAL | Base de caracterización diligenciado plataforma SURVEY y pantallazo de cargue de SURVEY -Para las casas fallidas presentar formato y registro fotográfico. |
| | Caracterizar en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI Comunitario, de la población identifica de infancia y primera infancia del microterritorio asignado. | MENSUAL | plataforma SURVEY y pantallazo de cargue de SURVEY |



E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN


FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.

Código: A-ADM- CON-F-028

Versión: 1


Fecha: 03-Abril-2023

| | | | |
|--|---|----------------|--|
| | <p>Informar en el entorno hogar al 100% de las familias visitadas, de acuerdo con el riesgo y/o la necesidad identificada en cada visita de caracterización y seguimiento en los siguientes temas (de acuerdo con las guías técnicas de cada tema):</p> <p>*INFORMACIÓN EN SALUD AMBIENTAL, *INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL *INFORMACIÓN EN SALUD SOBRE SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, *INFORMACIÓN EN SALUD SOBRE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES *INFORMACIÓN EN SALUD SOBRE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES *INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA HIGIENE Y LA SALUD BUCAL *INFORMACIÓN EN SALUD EN EL ENTORNO LABORAL, *INFORMACIÓN EN SALUD SOBRE LA GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES *INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI</p> | <p>MENSUAL</p> | <p>Base de plataforma SURVEY, registro fotográfico</p> |
| | <p>* Canalizar en el entorno hogar al 100% de la población con discapacidad y enfermedades Huérfanas la RUTA para obtener la certificación, para promover el ejercicio del derecho a la salud.</p> <p>* Canalizar en el entorno hogar al 100% de la población vulnerable, acerca de deberes y derechos en salud. (Indígenas, - negros, afrodescendientes, raizales palanqueros- NARP, y RrOM o gitanos, discapacidad, víctimas del conflicto armado, desmovilizados, reinsertados, migrante).</p> | <p>MENSUAL</p> | <p>Formato de canalización diligenciado</p> |
| | <p>Informar al 100% de la población caracterizada con ficha AIEPI comunitario en los menores de 12 años, sobre los riesgos detectados, enfocados en la identificación de signos de alarma y prácticas de manejo adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia.</p> | <p>MENSUAL</p> | <p>Formulario de caracterización diligenciado/ plataforma SURVEY</p> |

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------------|
|  | E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | |
| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | |
| | FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR. | | |
| | Código: A-ADM- CON-F-028 | Versión: 1 | Fecha: 03-Abril-2023 |

| | | | |
|------------------------------------|--|---------|---|
| | <p>Canalizar, orientar y direccionar a las personas, familias y comunidades caracterizadas, a la oferta de servicios sociales, de bienestar y salud disponibles en el territorio (de acuerdo al directorio realizado con la dirección de salud municipal), según el riesgo priorizado con el fin de promover el derecho a la salud y contribuir a la atención integral de las rutas Integrales de Atención en Salud.</p> | MENSUAL | Formulario de caracterización diligenciado/ plataforma SURVEY |
| | <p>Realizar seguimiento a las personas y/o familias para identificar su asistencia a los servicios a los que se canalizó y establecer nuevos compromisos para garantizar la continuidad del cuidado. Telefónico y presencial de acuerdo a la necesidad de los casos.</p> | MENSUAL | Formulario de caracterización diligenciado/ plataforma SURVEY |
| | <p>Realizar gestión y apoyo dentro de las jornadas, brigadas y ferias de servicios de salud para la canalización efectiva y agendamiento de citas en articulación con la IPS para intervenciones individuales de la RPMS en cada uno de los cursos de vida de acuerdo con los riesgos identificados en la población asistente</p> | MENSUAL | Formulario de caracterización diligenciado/ plataforma SURVEY |
| | <p>Responder oportunamente a las demás solicitudes del supervisor del contrato</p> | MENSUAL | soportes de ejecución |
| | <p>entregar informe mensual cuali cuantitativo y final de actividades</p> | MENSUAL | Informe de Actividades con soportes de ejecución durante el mes |
| | <p>Realizar 2 actividades comunitarias de información y educación a la comunidad, de acuerdo con las problemáticas identificadas en el sector o informadas previamente por los líderes territoriales y/o presidentes de juntas de acción comunal con quienes deberán ser concertadas. n</p> | MENSUAL | Actas de concertación, actas de ejecución, listado de asistencia, registro fotográfico con marca de agua. |
| PRESUPUESTO OFICIAL | HASTA LA SUMA DE CINCO MILLONES DE PESOS MILLONES PESOS (\$5.000.000) | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN ESTIMADO | El plazo de ejecución será de dos (2) meses a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato. | | |

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: Para poder presentar propuesta, se requiere de la inexistencia de inhabilidades e incompatibilidades de orden constitucional o legal, especialmente las establecidas en el Estatuto General de Contratación. Para este efecto deberá manifestar por escrito, bajo la gravedad del juramento, no encontrarse incurso en ninguna de aquellas; la entidad lo aceptará bajo el principio de la buena fe.

| | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------------|
|  | E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER | | |
| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | | |
| | FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR. | | |
| | Código: A-ADM- CON-F-028 | Versión: 1 | Fecha: 03-Abril-2023 |

DOCUMENTOS A LA PROPUESTA: La propuesta se integrará con los documentos que se relacionan a continuación y siguiendo la estructura que se indica, para facilidad tanto de su elaboración para los proponentes, como de su evaluación.

DOCUMENTOS:

- Propuesta dirigida a la Gerencia del Hospital Profesor Jorge Cavellier
- Formato único hoja de vida función pública, para persona natural con cargue en SIGEP
- Formato de declaración de bienes y rentas SIGEP debidamente diligenciado
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía, persona natural
- Fotocopia de la libreta militar, para hombres menores de 50 años
- Actas y Diplomas
- Copia de la tarjeta profesional y/o registro profesional, si lo exige la profesión
- Inscripción en el registro nacional de talento humano de salud RETHUS
- Certificados de experiencia
- Registro Único Tributario – RUT con actividad económica coherente al objeto a desarrollar
- Planilla de pago o certificados afiliación a sistema de salud, pensión y riesgos profesionales, únicamente cuando se trate de persona natural
- Certificado de Vacunación (Tétano, Hepatitis B, Covid19)
- Examen médico ocupacional VIGENTE (-3 años) y con actividad y entidad coherente al objeto a desarrollar
- Declaración juramentada sobre inexistencia de inhabilidades e incompatibilidades.
- Certificación Bancaria (No Mayor a 30 días)

Si se encuentra interesado, sírvase manifestarlo por escrito y remitir la documentación a que alude la presente invitación al área de contratación.

Atentamente,


FADIME MARTÍNEZ URZOLA
 GERENTE

Cajica, Cundinamarca 2026

Doctora

Fadime Martínez Urzola

Gerente General

E.S.E HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER

ASUNTO:

Presentación propuesta por auxiliar de enfermería

Yo, Viviana Cortazar Amaya, identificada con cédula de ciudadanía N° 1075661767 de Zipa me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos escribo a continuación, manifiesto que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo que el hospital designe

OBJETO:prestar servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades de enfermería para operar en los equipos básicos de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (aps) en el área urbana del municipio de Cajicá - Cundinamarca en la ese. hospital profesor Jorge cávelier en concordancia con la resolución 1010 del 23 mayo de 2025 del ministerio de salud y protección social.

ACTIVIDADES PARA REALIZAR

1. Guardar la debida reserva de los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del objeto contractual, así como de todos aquellos relacionado con el mismo
2. Cumplir con las observaciones que le imparta EL HOSPITAL a través de su Gerente y/o supervisor designado, de acuerdo con su propuesta.
3. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando todo tipo de dilaciones entrabamientos que pudieren presentarse.
4. Garantizar la calidad del servicio y responder por ello.
5. esta obligación dará lugar a la declaratoria de caducidad del contrato.
6. Ejecutar idónea y oportunamente el objeto contratado.
7. Deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados en las obligaciones pactadas en su propuesta. Si se llegara a presentar alguna inconsistencia en la ejecución de las actividades serán objeto de invalidación de las mismas por parte del supervisor.
8. Realizar actividades correspondientes al cumplimiento del MIPG, FURAG, Administración del Riesgo, Plan Operativo anual, Plan Indicativo Anual, Plan de gestión Gerencial, Sistema de Gestión de Calidad y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Información y Acreditación), con la presentación mensual de los respectivos informes en cada uno de los anteriores sistemas según

cronograma anual mensualizado y entregar en forma oportuna y completa los informes requeridos por la

ESE, según obligaciones contractuales.

9. Cancelar a la ESE el valor, que por su responsabilidad genere detrimento patrimonial.

10. Participar en los diferentes Comités programados por la ESE o a los que haya lugar, previa invitación y según

cronograma mensual.

11. Realizar un uso adecuado y racional de los recursos de la ESE que le sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales, asumiendo el valor de cualquier daño por su responsabilidad.

12. Cumplir con las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral y riesgos laborales ARL

13. Atender de manera oportuna las recomendaciones del supervisor, quien velará por el cumplimiento de las obligaciones aquí establecidas, sin perjuicio de la autonomía del contratista.

14. Cumplir con los indicadores y reportes determinados por el supervisor del contrato,; así como proponer planes de mejora del servicio.

15. Entregar los informes y productos requeridos de acuerdo a lo estipulado en el contrato y los que le solicite el supervisor para el control y supervisión en el desarrollo y ejecución del contrato.

16. Para la suscripción del acta de Inicio se deberá aportar la certificación en la que conste encontrarse afiliado a una Aseguradora de Riesgos Laborales, dejando una copia en la carpeta del respectivo contrato.

17. Cumplir con el programa de inducción estipulado por la ESE Hospital Profesor Jorge Cavellier, dentro de los primeros ocho (8) días después de la suscripción del acta de inicio.

18. En los casos en donde el contratista haya recibido elementos o equipos para facilitar la ejecución de las actividades contractuales, al término del contrato el contratista deberá entregar los elementos de manera conjunta con la suscripción de la última cuenta de cobro al supervisor del contrato, mediante acta en la que conste ésta, dejando constancia de que se entregan en las mismas condiciones en que fueron recibidos, con excepción del desgaste normal por su uso. So pena de responder por el valor de su reposición, para lo cual autoriza a la ESE Hospital Profesor Jorge Cavellier a realizar el descuento respectivo, de los valores que resulten a su favor en la última cuenta de cobro. De no alcanzar el saldo, se deberá hacer un acuerdo de pago entre la ESE y el contratista, so pena de hacer efectivas las pólizas otorgadas a favor del ente territorial por incumplimiento del contrato. Lo anterior, sin perjuicio de las demás acciones legales procedentes.

19. Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo en especial las siguientes: (i) Procurar el cuidado integral de su salud, (ii) Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada. (ii) Informar a Seguridad y Salud en el Trabajo de EL CONTRATANTE, la ocurrencia en incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (iv) Participar en las actividades de prevención y promoción

organizadas por EL CONTRATANTE y (v) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y las establecidas en la legislación colombiana vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

20. El contratista se obliga a mantener bajo absoluta confidencialidad y reserva toda información y documentación que intercambie en desarrollo de este contrato, la información y documentos entregados por la entidad, son de carácter estrictamente confidencial y reservado, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceros, ni usada para ningún propósito diferente al uso institucional.

21. Cumplir con la normatividad ambiental que establezca el hospital

FORMATO DE PAGO SUGERIDA: El pago se realizará mensual con prestación del informe de actividades con su soporte.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo contratista independiente a realizar las afiliaciones al sistema general de seguridad social en pensión, salud y riesgo laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E), así como a registrar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD DE INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la ley y que tampoco me encuentro en incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E HOPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato documentos lugar para la legalización y ejecución del contrato

DIRECCION: manifiesto que mi dirección de correo electrónico es monicoam@hotmail.com mi número de teléfono es 3102003748.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa entidad.

Cordialmente

Viviana Cortazar Amaya

NOMBRE:

C.C. 1075661767 de Bira



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty rectangular box for the receiving entity name.

1 DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| PRIMER APELLIDO CORTAZAR | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AMAYA | | NOMBRES VIVIANA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1075661767 | | GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/> | | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA | |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO | | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
| FECHA DIA 15 MES 08 AÑO 1990 | | | | | |
| PAÍS COLOMBIA | | PAÍS | | DEPTO | |
| DEPTO BOGOTÁ, D.C. | | MUNICIPIO | | | |
| MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C. | | TELÉFONO | | EMAIL movicoam@hotmail.com | |

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | EDUCACION MEDIA | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------------------------------------|-----------------|----|-----------------|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2007 |
| | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|-------------|---|-----------------|----------|----|--|-------------|------|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| USESALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 12960 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 06 | 2009 |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 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 |
| | | | | | | | | | |

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|--------------|-----|------------------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO ZIPAQUIRÁ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 8617775 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 22 | Mes | 03 | Año | 2012 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | DEPENDENCIA URGENCIAS | | | | | DIRECCIÓN AUTOPISTA NORTE KLM 7 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO CAJICÁ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3228348420 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 27 | Mes | 10 | Año | 2025 | Día | 27 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | DEPENDENCIA 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 4A 1 10 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|---------|-----|------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVALIER | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO ZIPAQUIRÁ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 8664949 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 10 | Mes | 12 | Año | 2018 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 4N 1 10 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVALIER | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | | | MUNICIPIO ZIPAQUIRÁ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 8664949 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 09 | Mes | 12 | Año | 2018 | Día | 09 | Mes | 12 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 4N 1 10 | | | | | | |

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|------|---------|------|--------------------|------|--|------|--|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día: | | Mes: | | Año: | | Día: | | Mes: | | Año: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | | | NIVEL EDUCATIVO | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | |

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 13 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Febrero - 2026 Cajicá
Viviana C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

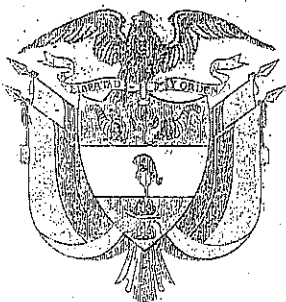
OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

[Empty box for observations]

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



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL

SANTIAGO PEREZ

Inscripción DANE 125899000762

JORNADA TARDE

En Zipaquirá (Cundinamarca), a los treinta (30) días del mes de Noviembre de dos mil siete (2007), se reunieron en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SANTIAGO PEREZ, los suscritos Rectora y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los educandos del último grado que terminaron satisfactoriamente sus estudios en el nivel de Educación Media Académica acorde con la Resolución de Reconocimiento N° 005119 de Noviembre 15 de 2005, por la cual se concede reconocimiento de carácter oficial a una Institución Educativa Departamental Integrada.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los educandos, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el título de

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación:

Diana Cortazar Amaya

C.C. N° 900815-60960 de Zipaquirá

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación Original N° 001, Folio N° 010 de fecha 30 de Noviembre de 2007 que consta de 105 estudiantes; comienza con el nombre de TATIANA ALBORNOZ NEUSA y termina con INGRID NATALIA ZAMBRANO BENITEZ.

Dado en Zipaquirá a los treinta (30) días del mes de Noviembre de dos mil siete (2007).

Firmado y Sellado por la Rectora y Secretaria.

Hilda Marina Cárdenas de Luna

Hilda Marina Cárdenas de Luna

Rectora

C.C. N° 41.422.281 de Bogotá

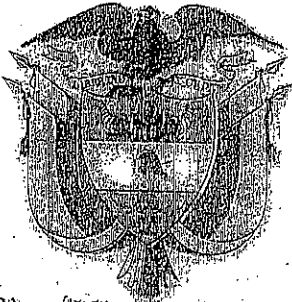
Gladys Consuelo Prada Chinchilla

Gladys Consuelo Prada Chinchilla

Secretaría Ejecutiva

C.C. N° 28.098.851 de Charalá (Sant.)

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 06 de mayo de 1994 y 2150 del 05 de diciembre de 1995, de la Presidencia de La República.



La República de Colombia
En Sufragio

La Institución Educativa Departamental

"Santiago Pérez"

de Zipaquirá - Cundinamarca

Resolución N. 005119 del 15 de Noviembre de 2005, por la cual se concede reconocimiento de carácter oficial a una Institución Educativa Departamental Integrada

Confiere a

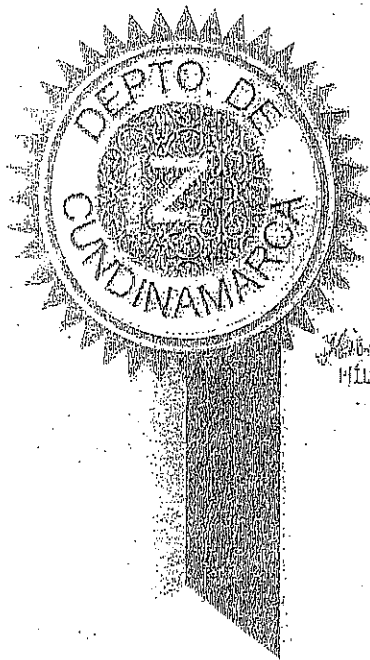
Viviana Cortazar Amaya

C.I. 900815 - 60950 Zipaquirá

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Art. 28 Ley 115 de 1994, según los planes y programas vigentes.

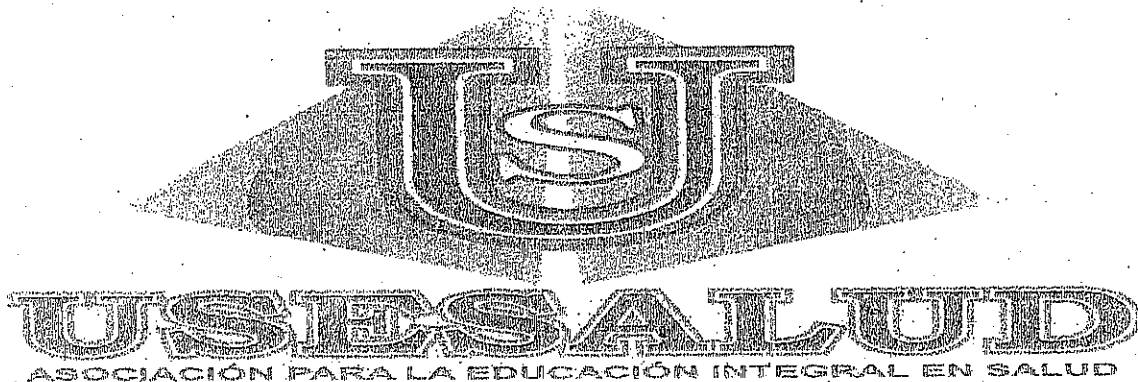


Hilda Marina Cardenas de Luna
HILDA MARINA CARDENAS DE LUNA
C.C. N° 41.422.281 de Bogotá
Rectora

Glady Consuelo Prada Chinchilla
GLADYS CONSUELO PRADA CHINCHILLA
C.C. N° 28.098.851 de Charalá (Sant.)
Secretaria Ejecutiva

Zipaquirá, Noviembre 30 de 2007

Anotado al folio N° 120 Acta N° 001 Libro de Registro N° 001



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Zipaquirá, a los diecinueve(19) días del mes de Junio del 2.009, se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, Los suscritos Gerente y Secretaria en las oficinas de la institución Escuela de enfermería ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD "USESALUD", institución aprobada por la Secretaría de Educación mediante resolución No.001472 de Diciembre 16 de 1.999 y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado de aptitud ocupacional, al egresado cuyo nombre y número de documento de identidad, se relaciona a continuación:

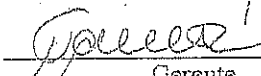
| Apellidos y Nombres | | Identificación |
|---------------------|---------|--------------------------|
| CORTAZAR AMAYA | VIVIANA | 1.075.661.767 ZIAPAQUIRA |

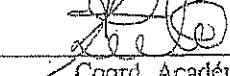
Es fiel copia tomada del acta original General No. 19 de fecha Junio 19 de 2.009, que comienza con el nombre de SANDRA ANDRADE ROZO ANDREA DEL PILAR y se cierra con el nombre de VELASQUEZ MARITZA

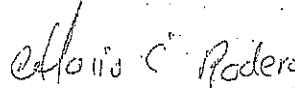
Firmado y sellado por TULIA ELVIRA RODRIGUEZ PEDRAZA (Gerente) y

MARIA DEL CARMEN RODERO AYALA (Secretaria).

Dada en Zipaquirá, a los diecinueve días del mes de Junio de 2.009.


 Gerente
 C.C 35.408.594 De Zipaquirá

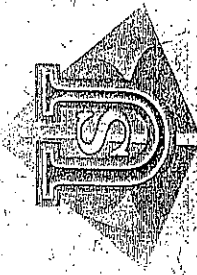

 Coord. Académica
 C.C.52005991 de Bogotá


 Secretaria
 C.C 35.418.393 de Zipaquirá



GERENCIA

ASOCIACIÓN PARA LA EDUCACIÓN INTEGRAL EN SALUD



USI SALUD

EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE SALUD, SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

EN ATENCIÓN A QUE

Viviana Cortazar Amaya

Con C.C. No. 1.075.661.767 de Zipaquirá

Ha cursado todos los estudios y cumplido todos los requisitos legales
conforme a la ley 14 de 1.996 en su artículo 14.

LE OTORGA EL TÍTULO DE

Aspirante Compensacional Técnica en Auxiliar de Enfermería

según resolución 001472 de Diciembre 16 de 1999 emanada de la Secretaría de Educación.

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma en Zipaquirá (cund.)
a los 19 días del mes de Junio del año 2009.

Acta de Grado N.º 10 Arribado en el libro de Registros No. 2

Grener
DIRECCIÓN

Lib
SECRETARÍA DE SALUD

Claro C. Jasso
SECRETARÍA DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
RECIBIÓ ESTE TÍTULO PARA TENER LOS EFECTOS LEGALES
EN FECHA 11 Agosto 2009
RESOLUCIÓN Nº 253088



GERENCIA

DIRECCIÓN

SECRETARÍA



**LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DE DESARROLLO HUMANO
DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
NIT. 832.003.167-3**

CERTIFICA:

Que **VIVIANA CORTAZAR AMAYA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía 1.075.661.767**, expedida en ZIPAQUIRA, se encuentra vinculado(a) en nuestra Institución desde 24 de Marzo de 2012, con un contrato a término Indefinido, desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una dedicación laboral de **220 horas mensuales** y un salario mensual de **Dos millones trescientos setenta mil seiscientos pesos mcte (COP2.370.600,00)** .

La presente se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Febrero de 2026.

Atentamente,




ADRIANA MILENA GARCÍA LEÓN
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y DE DESARROLLO HUMANO

Autopista Norte - Km. 21 Vía La Caro, Chía, Cundinamarca.
Teléfono: 8617777, FAX: 8617777 Ext 1290
Correo: info@clinicaunisabana.edu.co www.clinicaunisabana.edu.co
Chía, Cundinamarca, Colombia - Vigilado SUPERSALUD


6607

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.075.661.767
 APELLIDOS: CORTAZAR AMAYA
 NOMBRES: VIVIANA E.



FIRMA



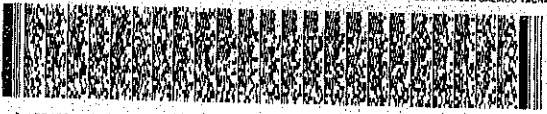
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 15-AGO-1990
 ZIPAQUIRA (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

28-AGO-2008 ZIPAQUIRA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VAGHA



A-1534000-01078979-F-1075661767-20190702 0065845705A 2 182550792U

RESOLUCION No. 25 **3088** DE 2009

(11 AGO. 2009)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **VIVIANA CORTAZAR AMAYA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.1.075.661.767 DE ZIPAQUIRA- CUNDINAMARCA, solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD "USESALUD", ZIPAQUIRA-CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA INDIVIDUAL DE GRADO, TOMADA DEL ACTA ORIGINAL GENERAL No.19, DE FECHA 19 DE JUNIO DE 2009.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :


ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, conferido a **VIVIANA CORTAZAR AMAYA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.1.075.661.767 DE ZIPAQUIRA- CUNDINAMARCA, que le otorgó **LA ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD "USESALUD", ZIPAQUIRA-CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA INDIVIDUAL DE GRADO, TOMADA DEL ACTA ORIGINAL GENERAL No.19, DE FECHA 19 DE JUNIO DE 2009.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional, y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los

11 AGO. 2009


ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. **DRA. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL**
Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

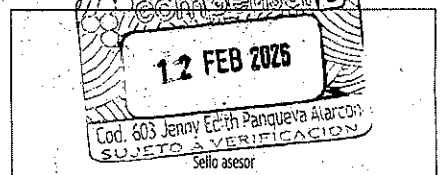
Vo.Bo. **DR. GONZALO GUSTAVO LEAL PAEZ**
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Alcira Romero

CUNDINAMARCA
corazón de colombia

27

2882



No. de Radicación: 12/02/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|--|---|---|--|
| 1. Tipo de trámite | A. Individual: Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> | B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 7. Código (a registrar por la EPS) 59 |
|--------------------|---|---|---|--|---|---|--|

A. AFILIACIÓN // II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| | | | |
|--|---|--|--|
| 8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Colindres</u> Segundo Apellido: <u>Amador</u> | 11. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? | 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): <u>15-08-1990</u> |
| 9. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u> 10. Número de documento de identidad: <u>1075661767</u> | | 14. Lugar de nacimiento: <u>Colombia</u> | |
| 13. Nacionalidad: <u>Colombiana</u> | | 16. Etnia: <u>NA</u> | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| | | | |
|---|--|---|---|
| 17. Comunidad: <u>NA</u> | 18. Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | 21. Grupo de población especial: <u>NA</u> | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: <u>Sma - Resgo (2)</u> |
| 19. Tiene encuesta SISBEN: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | 20. Clasificación SISBEN: Nivel <u>NA</u> Grupo <u>NA</u> | |
| 23. Administradora de Pensiones: <u>Colpensiones</u> | | 24. Ingreso base de cotización - IBC: <u>\$175090</u> | |
| 25. Tarifa Contribución Solidaria: <u>NA</u> | | 26. Residencia: <u>CAJICHA 310020-44</u> | |
| 27. Teléfono Fija: <u>310009948</u> | | 28. Correo Electrónico: <u>movicoam@hotmail.com</u> | |
| 29. Lugar de nacimiento: <u>Colombia</u> | | 30. País: <u>Colombia</u> | |
| 31. Departamento: <u>Barrandilla</u> | | 32. Municipio: <u>Barrandilla</u> | |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

| | | | |
|--|--|---|--|
| 27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 30. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? | 34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): |
| 28. Tipo de documento de identidad: 29. Número de documento de identidad: | | 33. Lugar de nacimiento: País: Departamento: Municipio: | |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| B1 | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|----|-----------------|------------------|---------------|----------------|
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| B1 | 37. No. del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|----|------------------------------------|------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| B1 | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|----|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | | | | | | | |
|--------------|---------------------|--------------------|----------------|----------------|-------------|---------------------------|---|
| Departamento | Municipio/ Distrito | Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural disperso | Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | | |
|-----------|------------------|--------------------|
| Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |



Bogotá D.C., 10 de febrero de 2026

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente VIVIANA CORTAZAR AMAYA identificado con CC N° 1075661767, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 23-03-2012 a través del (los) producto (s):

| Producto Fecha Apertura | Nro Producto | Estado | |
|----------------------------|--------------|--------|------------|
| Cuenta De Nómina | 814022602 | Activo | 04/01/2018 |

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 10 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Servicio

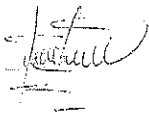
José Federico Ustáriz González – Defensor del Consumidor Financiero principal, Pablo Valencia Agudo – Suplente, Carrera 11 A No. 96 – 51 Oficina 203, Bogotá D.C., teléfono 81081611/4, Horario: lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm en jornada continua, correo electrónico defensor@itau.com.co, página web www.ustarizabogados.com. Funciones: dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita, actuar como conciliador entre los consumidores financieros y la entidad, de los asuntos de su competencia, es decir, aquellos que no se encuentren dentro del artículo 14 de la Ley 1328 de 2009, servicio gratuito, que podrá solicitar de manera explícita directamente ante el Defensor sin formalidad alguna, de conformidad con lo previsto en el numeral 11 del artículo 2.34.2.1.5 del Decreto 2555 de 2010 y la Ley 640 de 2001, el documento en el cual conste la conciliación realizada entre las partes prestará mérito ejecutivo y hará tránsito a cosa juzgada. Ser vocero de los consumidores financieros ante la Institución, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a las Juntas Directivas o Consejos de Administración de las entidades recomendaciones, propuestas y peticiones.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VIVIANA CORTAZAR AMAYA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 1075661767**, se encuentra afiliado/a desde **15/09/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

VIVIANA CORTAZAR AMAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.075.661.767, se encuentra afiliado(a) al AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.

La presente certificación se expide el 4 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

VIVIANA CORTAZAR AMAYA identificado con CC. 1075661767 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | |
|-----------------------------------|--|
| Nombres y/o Razón | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER |
| Tipo y Numero de Documento | NI - 832002436 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/02/23 | Fecha inicio contrato | 2026/02/23 |
| Tipo de vinculación | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato | 2026/04/22 |
| Riesgo | 3 | Código actividad económica | 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE |
| Estado afiliación | Activo | | |
| Fecha retiro | | Estado del contrato | Activo |

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20022026V1075661767C10178608**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

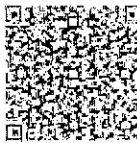
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

1. Número de inscripción: 011

4. Número de formulario: 14480656306



6. Número de identificación Tributaria (NIT): 10756617671

7. CUIT: 02 Dirección especial

8. Razón social: 3-2

IDENTIFICACIÓN

| | | | | |
|---|---------------------------|--|---------------------|--|
| 14. País de inscripción Proyecto tributario suscrito en Colombia | 2 | 15. Tipo de inscripción Ciudad de Guadalupe | 13 | 16. Número de identificación 1075661767 |
| 17. País de expedición COLOMBIA | 20. País 169 | 18. Departamento Cundinamarca | 25 | 19. Ciudad/Municipio Zipaquirá |
| 21. Departamento BOYACÁ | 22. Departamento AMAYA | 23. Provincia VIVIANA | 24. Calle principal | 26. Ciudad principal |

UBICACIÓN

| | | | |
|----------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 27. País COLOMBIA | 28. País 169 | 29. Departamento Cundinamarca | 30. Ciudad/Municipio Zipaquirá |
|----------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------------------------|

31. Correo electrónico: mvelasquez@hotmail.com

32. Teléfono: 910200374

33. Teléfono 2: 845

CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | Ocupación | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------|-------------------------|
| 34. Actividad principal | 35. Actividad secundaria | 36. Otras actividades | 37. Ocupación | 38. Actividad económica |
| 86022 | 24000 | 1 | 3 | |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 39. 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 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Usuarios aduanares | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------|-----------|----------|-----------|---|---|---|
| 40. Usuario | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | 57. Forma | 1 | 2 | 3 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | |

¡IMPORTANTE! Sin perjuicio de las responsabilidades 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

41. Tipo de inscripción: 01 02 03

42. No. de Folio: 1

43. Fecha de inscripción: 2014/05/20

44. Nombre: VELASQUEZ DELGADILLO DAVID ALEJANDRO

45. Cargo: Analista I







Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)

[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#) en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

| Acciones | Declaración No. | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación | Estado |
|---|---|---|-------------------|---------------------|-------------------|----------------------|------------|
|   | 3678492-01 Declaración inicial | HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | CONTRATISTA | INGRESO | 2026-02-04 16:21 | 2026-02-04 16:29 | FINALIZADO |
|   | 2685087-02 Corrección de 2685087-01 | HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | CONTRATISTA | INGRESO | 2025-10-06 18:57 | 2025-10-06 18:59 | FINALIZADO |
|   | 2685087-01 Declaración inicial | HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | CONTRATISTA | INGRESO | 2025-05-14 15:37 | 2025-05-14 15:45 | FINALIZADO |

665129 101162

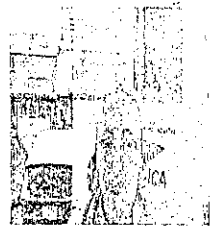
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



NIT 8320054448
 Dirección CL 4 NO. 3A-05
 Telefono 8660839/8830139
 eMail



Paciente: VIVIANA CORTAZAR AMAYA Género FEMENINO
 Identificación CC 1075661767 Fecha de Nacimiento 15/08/1990 Edad Actual 34 A
 Dirección CRA 3 D N 2 44 Telefono 3102003748
 Aseguradora SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR Fecha Ingreso 21/05/25 13:20

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

| | | | |
|---|-----------------------|---|------|
| Fecha del Examen | Ciudad | Tipo de Examen | Otro |
| 21/05/2025 | CAJICA - CUNDINAMARCA | Pre-Ingreso | |
| Razon social de la empresa que lo contrato o contratara | | Razon social de la empresa en que labora, laborará o laboró | |
| SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR | | HOSPITAL DE CAJICA | |
| Cargo | | Area o Sede | |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | | ENFERMERIA | |

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

| | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| Dermatológico | X Osteomuscular | Riesgo vascular |
| Manipulador de alimentos | Alturas | Otro? Cual? |

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

| | | |
|---|---|------------------------|
| Apto sin restricciones para el cargo | Apto para trabajo en alturas | Aplazado |
| X Apto con recomendaciones para el cargo | Apto para trabajo en espacios confinado | Motivo de Aplazamiento |
| Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo | Apto para manipular alimentos | |

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

* ALTERACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL ,REQUIERE CONTINUAR USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA DURANTE JORNADA LABORAL , CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA* LEVE AUMENTO DE PESO CORPORAL QUE NO INTERFIERE CON SU LABOR, SE RECOMIENDA DIETA Y EJERCICIO,REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR

REQUISITOS DE SALUD

| | | | | | |
|--|----|----|----------|-----------|---|
| Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas | SI | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos: | SI | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales | SI | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cual: | | | | | |
| Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo: | SI | NO | X | | |

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONDUCTA

| | | |
|--------------------------|-------------------------|---|
| X Examen Médico | Examen Radiológico | NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica |
| Audiometría | ¿Cuál(es)? | NA Continuar manejo actual y control por EPS |
| Espirometría | | NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS |
| Optometría | | NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento |
| Electrocardiograma | | NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS |
| Examen Psicosensométrico | Exámenes de Laboratorio | NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos |
| Otro?Cual? | ¿Cuál(es)? | *NA = No Aplica |
| | | Amplie su conducta |
| | | EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS |

865129 101162

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
CEMEDICA S.A.S

2



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail



RECOMENDACIONES

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Exámen Ocupacional Anual | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de elementos de protección personal | <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas |
| Reingreso laboral | Reubicación | Rehabilitación profesional | |
| Otro? Cual? | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(les), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomara CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración medica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verdicas. CEMEDICA para que suministra a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 y Resolución 2348 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprelección)

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN LA GESTION
DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 2000017899
LIC. SALUD OCUPACIONAL 1983-07-10-2022

Viviana C.

MEDICO

Firma _____

Firma _____

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ

VIVIANA CORTAZAR AMAYA

Registro Médico
2000017899

Licencia salud ocupacional
1983-07-10-2022

Documento de identidad
CC 1075661767

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 04 de febrero de 2026, a las 14:36:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1075661767 |
| Código de Verificación | 1075661767260204143612 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



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

Página 1 de 1



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 290709644



PIB
14:34:34
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de febrero del 2026

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 CORTAZAR AMAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075661767:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes. El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales ✓

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:09:41 PM horas del 10/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1075661767

Apellidos y Nombres: CORTAZAR AMAYA VIVIANA ✓

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.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2026 04:51:07 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1075661767** y Nombre: **VIVIANA CORTAZAR AMAYA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **134217545** „La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

515 9000



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



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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:42:34 horas del 04/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1075661767, Apellidos y Nombres CORTAZAR AMAYA VIVIANA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa PROFESOR JORGE CAVALIER, con NIT 832002436-5 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1075661767 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

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

Se expide en Bogotá el 04/02/2026 04:56 PM



Código Verificación: TMC6U13R59

Válida hasta: 05/05/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

Consulte su estado RUT. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos.

| | | | |
|-----|---|----|--------------------------------|
| NIT | <input type="text" value="1075661767"/> | DV | <input type="text" value="1"/> |
|-----|---|----|--------------------------------|

| | | | |
|-----------------|---------------------|------------------|-------|
| Primer Apellido | CORTAZAR | Segundo Apellido | AMAYA |
| Primer Nombre | VIVIANA | Otros Nombres | |
| Fecha Actual | 11-02-2026 22:32:54 | | |
| Estado | REGISTRO ACTIVO | | |

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.



¡Operación exitosa!

CLOUDFLARE
Redes de Internet · España



Buscar



Limpiar



Reservado General - 2019-02-04 5:03:02 PM

Identificación: 1075661767, Nombre: VIVIANA CORAZAR AMAYA, Estado: Vigente, Tipo de Identificación: Detalles

CC: 1075661767, VIVIANA CORAZAR AMAYA, Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) VIVIANA CORAZAR AMAYA Identificado(a) con CC 1075661767 registra la siguiente información:

2019-02-04 5:03:02 PM

Información Académica

Estado: Vigente, Tipo de Identificación: Detalles

AUX Local Auxiliar de enfermería 2009-08-11 3088 DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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 acreditan 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 (RUHTUS).



CLIC

INSTITUTO DE DESARROLLO

NIT: 901560863

**CERTIFICA QUE
VIVIANA CORTAZAR AMAYA**

IDENTIFICADO(A) CON C.O. 1075661767

Asistió al Curso :

SOPORTE VITAL BÁSICO -BLS-

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA EL 26/07/2025. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE ENTIENDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INICIAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Hernando Enrique Cortes Burgos
GERENTE

Hernando Enrique Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL



Clinica
Universidad de
La Sabana

La Clínica Universidad de La Sabana

Certifica que :

Viviana Cortazar Amaya

Participó en el Curso de Atención Integral en Salud a
Víctimas de Violencia Sexual

octubre 7, 2025

H. Gerolamo Aponte

Dra. Hermencia Carolina Aponte Murcia
Subdirectora de Educación e Investigación



Clínica
Universidad de
La Sabana

La Clínica Universidad de La Sabana

Certifica que :

Viviana Cortazar Amaya

Participó en el Curso Virtual de Gestión del Duelo

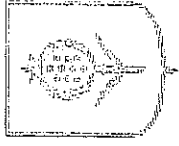
diciembre 4, 2024

H. Carolina Aponte Murcia

Dra. Hermencia Carolina Aponte Murcia
Subdirectora de Educación e Investigación

Angela R. Acero

Dra. Ángela Rocío Acero González
Especialista en Psiquiatría



Clinica
Universidad de
La Sabana

La Clínica Universidad de La Sabana

Certifica que:

Viviana Cortazar Amaya

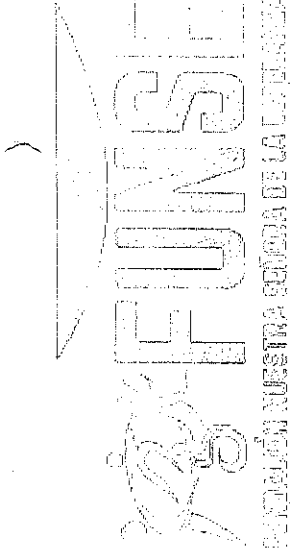
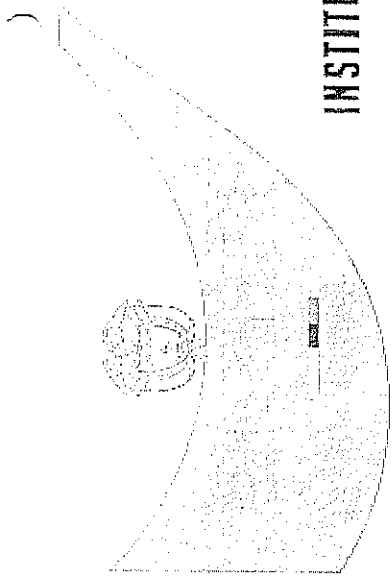
Participó en el Curso Ataque con Agente Químico

octubre 7, 2025

H. Carolina Aponte A.

Dra. Hermencia Carolina Aponte Murcia
Subdirectora de Educación e Investigación

Dr. Carlos Andrés Villalba Rodríguez
Jefe Médico Urgencias



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

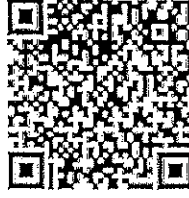
Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: **Viviana Cortazar Amaya**

CC 1075661767 de Zipaquira - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019

Verificación:



con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2025-05-12


Fecha de vencimiento: 2027-05-12




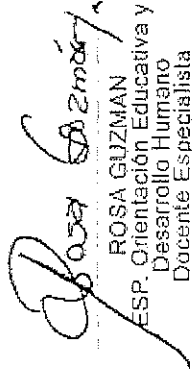
FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

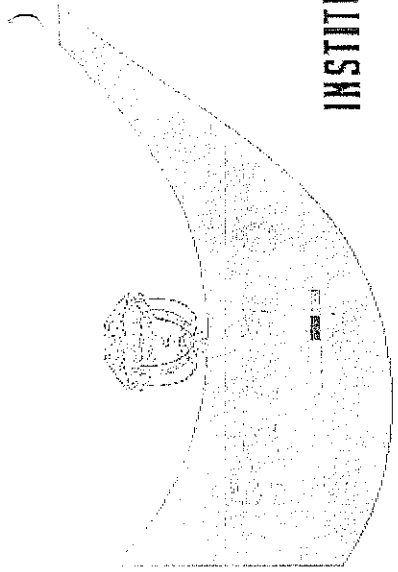
verifique la autenticidad

de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesperanza.com.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No. 70976 - 051880. Copenia


DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
Nº. 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNSE
 FUNDACIÓN NUESTRA ESCUELA DE LA ESPERANZA



Fundación
 Nuestra Escuela de la Esperanza
 y Fundación Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

**Hace Constar que:
 Viviana Cortazar Amaya**

CC 1075661767 de Zipaquira - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT) con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-07
 Fecha de vencimiento: 2027-10-07



FUNDACIÓN NUESTRA
 ESCUELA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
 de su certificado en la página
www.fundacionnuestraescoladelaesperanza.com.co

[Signature]

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
 CAMPUZANO
 Representante Legal
 TP. No 70976 - C5189C, Copnia

[Signature]

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
 Jefe de Enfermería
 CP. 3208
 Docente.

[Signature]

ROSA GUZMAN
 ESP. Orientación Educativa y
 Desarrollo Humano
 Docente Especialista

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|------------------------------|-------|--------------|-------------------|-------|
| Sarampión Rubéola | 1 | 04 DIC. 2017 | AC9FES00000 | |
| Toxide Tetánico Diftérico Td | 1 | 05 DIC. 2017 | 221571516A00 | |
| | 2 | 05 ENE. 2018 | 221571516A00 | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 05 DIC. 2017 | 12340330 | |
| | 2 | 05 ENE. 2018 | 1434033 | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante / Lote | Firma |
|--------------------------|-------|--------------|-------------------|-------|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | 15 DIC. 2017 | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| Vacuna | | 04 DIC. 2017 | | |

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá, D.C.

INSTITUTO
NACIONAL
DE SALUD

Certificado de Vacunación

Nombres:

YANCOR

Apellidos:

COLOMBIA

Documento

de Identidad: C.C. T.I. Pasaporte

Fecha de

Nacimiento: Día

Mes

Año

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER**

CERTIFICA:

Que es oportuno y conveniente contratar la prestación de SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Que teniendo en cuenta los documentos y estudios previos, se estima procedente contratar **VIVIANA CORTÁZAR AMAYA** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.075.661.767 de Zipaquirá, puesto que su preparación académica y experiencia, certifican la idoneidad y conocimiento que tiene frente a las actividades a desarrollar dentro del objeto contractual.

PERFIL DEL PROCESO:

Formación Académica: Técnica Auxiliar de Enfermería.

Especialización en: No aplica.

Experiencia: Experiencia de tres (3) meses relacionada con el objeto contractual.

VERIFICACIÓN:

Educación: Auxiliar de Enfermería

Formación Académica: Técnica.

EXPERIENCIA: tres (03) meses.

Que verificada la idoneidad de **VIVIANA CORTÁZAR AMAYA**, en relación con los honorarios del contrato que se celebre, se realizará mediante pagos mensuales, de conformidad con la circular No. 036 del 02 de diciembre de 2022 "Por medio de la cual se establece la escala de honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la E.S.E Hospital Jorge Cavellier" y teniendo en cuenta que por la naturaleza del objeto a contratar y las obligaciones convenidas, no es posible establecer el pago por entrega de productos o cumplimiento de metas.

Expedido en Cajicá, en aplicación del artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, a los 16 días del mes de febrero de 2025.


FADIME MARTÍNEZ URZOLA
GERENTE

Proyectó: Diana Perneth Oviedo – Profesional Universitario.
Revisó: Diana Rocío Oviedo Calderón.