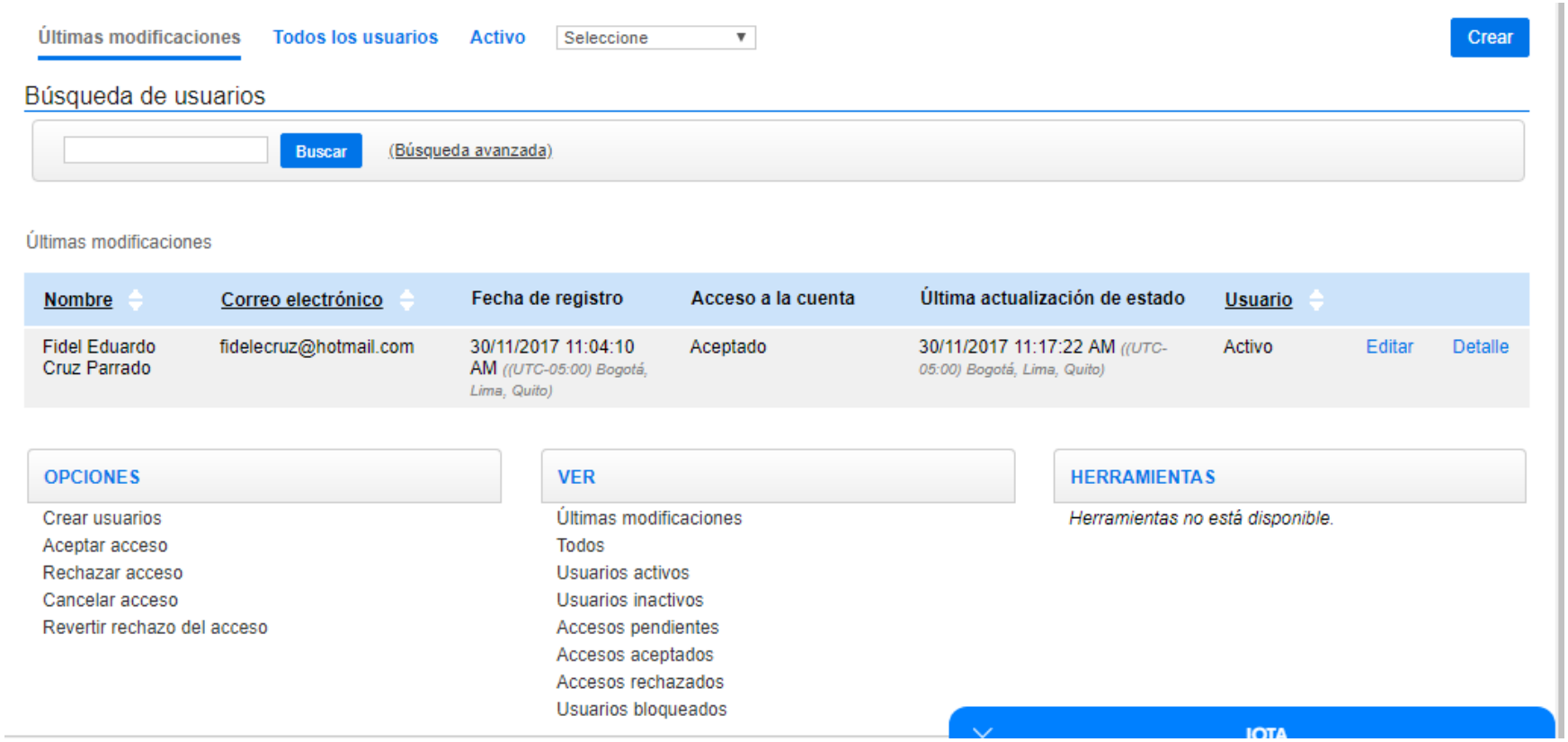

Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
Fidel Eduardo Cruz Parrado
fidelecruz@hotmail.com
30/11/2017 11:04:10 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
30/11/2017 11:17:22 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
Cruz	Parrado	Fidel Eduardo

C.C. ○ C.E. ○ PAS ○ 1.031.132.150 — SEXO F M X — NACIONALIDAD PAIS: Colombiano

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE X — Nº 1031132150 D.M.: 4

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 9 MES 0 4 AÑO 19 91

PAÍS: colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: cra 78 p No 42a 06 sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Cundinamarca

TELÉFONO: 3104935012 EMAIL: fidelecruz@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											FECHA DE GRADO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		MES diciembre AÑO 2007
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	
										X	

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 MAGÍSTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
profesional	8	x		enfermero	1	2016	
especialidad	2		x	especialista en salud familiar y comunitaria			

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES		x						x	
FRANCES									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
subred integrada de servicios de salud suoccidente	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	contactenos@suroccidente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 19 MES 9 AÑO 2017	DIA 31 MES 3 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FEE estudio empresarial		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	fee@fee.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA 31 MES 8 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		17
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		17

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 PUBLICA.

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

fidel Cruz Bogotá 09-Agosto 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA
PRIVADA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA : Este Formulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por toda persona natural que ocupe un cargo como servidor público, en el momento de su vinculación y retiro de la administración, la información declarada deberá ser actualizada anualmente el último día del mes de marzo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley 190 de 1995 y en los Decretos 2232 de 1995, 736 Y 2204 de 1996.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplie los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

DEFINICIONES :

Acreencias y obligaciones vigentes: Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.
Actividades económicas de carácter privado: Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.
Bienes patrimoniales: Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.
Calidad de miembro: Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.
Carácter de la entidad: Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.
Ciudad y fecha: Corresponde al corte de cuentas establecido en el artículo 3°. del Decreto 2232 de 1995.
Declaración juramentada: Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente diligenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.
Ingresos y rentas del último año gravable: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declaración.
Participación en juntas, consejos y sociedades: Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.
Primer grado de consanguinidad: Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. Declaración juramentada

1.1 Bienes y rentas.
- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado de consanguinidad (PADRES E HIJOS), escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en Colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, obras de arte, etc.), indicando las características respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

1.2 Participación en juntas y sociedades:
- Relacione los consejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

2. Información sobre actividades económicas privadas.
Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las características de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

3. Firma del servidor público.
Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA
PRIVADA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Fidel Eduardo Cruz Parrado

IDENTIFICADO CON C.C. [x] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1031132150 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
Cra 78p No 42ª 06 sur	3104935012

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Bogota	Cundinamarca	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRE Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Rebeca Parrado Duran	21233480	Madre
David Alejandro Cruz Parrado	79771223	Hermano
Karen Adriana Cruz Parrado	80248505	Hermana
Cristian Ricardo Cruz Parrado	40185405	Hermano

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA: PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	11.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	11.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	4700032615	Palermo	600.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

ALCALDIA MAYOR
BOGOTA D.C.

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA
PRIVADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	No

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Fidel Cruz
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO

Bogotá 8 de Agosto 2018
CIUDAD Y FECHA

EMPLEADOR O CONTRATANTE

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA No. [illegible] DE [illegible] DE [illegible] - BOGOTÁ, COLOMBIA

EN ATENCIÓN A QUE

FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO

C.C. [illegible]

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

ENFERMERÍA

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

ENFERMERO

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 29 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2016

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE FACULTAD

Acta [illegible]

[illegible]

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO Nº 201601291188

En la ciudad de Bogotá el día 29 de Enero de 2016 se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERO

A

FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO

identificado(a) con CC Nº 1031132150 quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales, y le otorgó el Diploma Nº 162524 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 29 de Enero de 2016.

Jairo H. Cifuentes Madrid
Secretario General

Pontificia Universidad JAVERIANA
Secretaría General

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Fidel Eduardo Cruz Parrado

C.C. 1.031.132.150

Asistió en calidad de participante al

CURSO "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL BÁSICO" - BASIC LIFE SUPPORT (BLS) Y "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO" - ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS), BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, del 26 al 28 de agosto de 2016, con una intensidad de 50 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO

c.c. 1.031.132.150

ASISTIO AL CURSO

TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **RESOLUCION 412 DE 2000**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 . LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 20332810110304 DE LA COMISION INTECSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, NORMA TECNICA PARA LA DETENCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Agosto de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal Decreto 4904 / 2009 Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8064582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463705-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811020476-0.

HACE CONSTAR QUE:

FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO

Identificado(a) con documento de identidad C.C. 1031132150

Cursó y Aprobó el

DIPLOMADO EN ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH

con Enfoque Diferencial y de Vulnerabilidad

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas. Registrado en el Libro de Actas N°. 024

Medellín, 1 de Octubre de 2017.

MAYKEL BARRAGAN AMAYA
Rector

YAMILE GOMEZ PEREZ
secretaria

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad. 8M18VE

Bogotá D.C

Señores:

_____

Pontificia Universidad Javeriana

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Fidel Eduardo Cruz Parrado 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:

_____

Enfermero

Cordialmente;

Firma Fidel Eduardo Cruz Parrado

No. de documento: 1031132150

Tarjeta profesional No: 8219116

Dirección de contacto: Cra 78p No 24ª 06 sur

Teléfono: 3104935012

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Sur

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICACION A QUIEN LE INTERESE:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR, FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que el señor, FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO identificado con cédula de ciudadanía No. 1031132150 suscribió, las ordenes de Prestación de servicio que se relaciona más adelante, de acuerdo a su perfil profesional como : Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Con la siguiente información:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	TIEMPO	VALOR
SO-4348	19/09/2017	31/01/2018	4 MESES 12 DIAS	2 950 000
0061	01/02/2018	31/03/2018	2 MESES	3.070 655

Las órdenes relacionadas anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados .Existe posibilidad de continuidad como contratista por orden de prestación de servicio-OPS, de acuerdo a las necesidades del servicio y sujeto a la disponibilidad presupuestal de la E.S.E.

Se expide la presente constancia de la solicitud registrada en la base de datos a solicitud de la interesada a los Veintiséis (26) día del mes de Junio de 2018, no tiene fecha de expiración.

Atentamente,

MONICA E. GONZALEZ MONTES
Directora de Contratación

	Nombre	Cargo	Firma	Fecha (D-M-A)
Aprobado por:	Mónica Etelmira González Montes	Directora de Contratación		26/06/2018
Elaborado por:	María del Pilar Parra Calderón	Auxiliar Administrativo		26 /06/2018

FEE ESTUDIO EMPRESARIAL S.A.S

Nit. 900.754.829 - 9

CERTIFICA

Que Fidel Eduardo Cruz Parrado, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.031.132.150 de Bogotá, prestó su servicio profesional e independiente como docente de teoría, en el programa Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería, con contrato de prestación de servicios desde el primero de septiembre del año 2016 hasta el 31 de agosto de 2017, en los periodos académicos asignados.

Dado en Bogotá a los once (11) días del mes de julio del año dos mil dieciocho (2018).

Atentamente,

Juan Pablo Cetina Rangel
Dirección de Recursos Humanos
FEE Estudio Empresarial S.A.S

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.031.132.150

CRUZ PARRADO

APELLIDOS

FIDEL EDUARDO

NOMBRES

Fidel Cruz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-MAY-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00633343-M-1031132150-20141020 **0040**533855A 2 1313064389

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14428275955

(415)7707212489984(8020) 000001442827595 5

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 3 1 1 3 2 1 5 0	2 0 0 9 0 5 1 4

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	PARRADO	FIDEL	EDUARDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 79 P 42 A 06 SUR BRR GRAN COLOMBIANO KENNEDY

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

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 2 1	2 0 1 7 0 8 2 4		Año Mes Día			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 8 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 CRUZ PARRADO FIDEL EDUARDO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016
Hora: 8:30:13 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1031132150-7 FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO

Información

Dirección CR 79 P 46 A 06 SUR

Teléfonos 2658803/3115558915

Dirección FIDELECRUZ@HOTMAIL.COM

Fax

Información de

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 22441330

Fecha Inicio Actividades 24/08/2016

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE

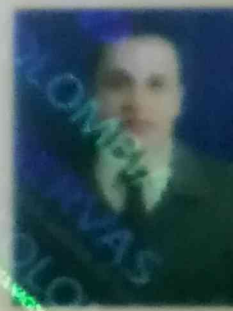


1031132150

NOMBRES: FIDEL EDUARDO

APELLIDOS: CRUZ PARRADO

Bachiller



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2021	2031	2041

FECHA DE EXPEDICIÓN: 26/09/2017

DISTRITO MILITAR: 004

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE -
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA – RETHUS
RETHUS – LEY 1164 DE 2007

Bogotá, D.C.,

Apreciada (o) Colega:

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta.

CECILIA VARGAS GONZALEZ.
Secretaria General.

Cra. 28 No. 46-97 Celular 3219282407 –3167598693 Tel: 4575358
Email:oce@oceinfo.org.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.031.132.150
ENFERMERO
FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
BOGOTÁ D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-01-29
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 24/02/2016

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

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE -
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA – RETHUS
RETHUS – LEY 1164 DE 2007

Bogotá, D.C.,

Apreciada (o) Colega:

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta.

CECILIA VARGAS GONZALEZ.
Secretaria General.

Cra. 28 No. 46-97 Celular 3219282407 –3167598693 Tel: 4575358
Email:oce@oceinfo.org.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.031.132.150
ENFERMERO
FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
BOGOTÁ D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-01-29
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 24/02/2016

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

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1031132150

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

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

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.031.132.150, 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 del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dos (2) días del mes de agosto del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

* Vacunación
* Control de Crecimiento Y Desarrollo (0-10 Años)
* Planificación Familiar
* Adulto Joven (10 A 29 años)
* Detención del Cáncer de Cuello Uterino
* Detención del Cáncer de Seno
* Atención en Salud Oral
* Mujer en Gestación (Control Prenatal)

VIGILADO Supersalud

Calle 24A sur no. 68H - 66 - Barrio Carvajal Bogotá, D.C.
PBX: 417 3131 - www.miratusalud.com.co

Fundación Médica Mira tu Salud

SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

Carnet de Vacunación

Nombres:	Fidel Eduardo							
Apellidos:	Cruz Pomeo							
Documento de identidad:	C.C. X	TI	Pasaporte	No.	1031132150			
Fecha de Nacimiento	Día. 29	Mes. 04	Año. 1991					

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
Hepatitis A	1			
	2			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Firma
Virus del Papiloma Humano				
			Aguipal 165721	
Contra Influenza	2	28 AGO 2017		
Otras				

	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. Dosis	206106	03 AGO. 2009	
	2a. Dosis	206106	02 OCT. 2009	
	3a. Dosis	206106	07 DIC. 2009	
	Refuerzo	047029	04-08/10	
HEPATITIS A	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
TRIPLE VIRAL	1a. Dosis	B5256-2	03 AGO. 2009	
	2a. Dosis	05652	02 OCT. 2009	
VARICELA	1a. Dosis			
NEUMOCOCO*	1a. Dosis			
T. TETANICO DIFTERICO	1a. Dosis	EU MOSA	03 AGO. 2009	
	2a. Dosis	EU9017	02 OCT. 2009	
	3a. Dosis	0241	ABR 2010	
	Refuerzo			
INFLUENZA*	1a. Dosis			
OTROS			25 SEP 2010	
Srampion Rubeola		012 N5018		

Influenza(GRIPE) : Una dosis cada año





Tecnoquímicas
Carrera 15 No. 51 - 14 Piso 2 Bogotá D.C.
211 9289 - 256 6463 - 211 7652 - 211 7605
BIOTOSCANA S.A.
sanofi pasteur



Tania Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN E.U.

TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACION E.U.
Nit. 900174965-3
Codigo de Prestador 11001779801

CERTIFICADO DE VACUNACION

NOMBRE: Fidel Eduardo Cruz

C.C. o T.I 1031132150

DIRECCION: Cr

TELEFONO: 265[illegible]4

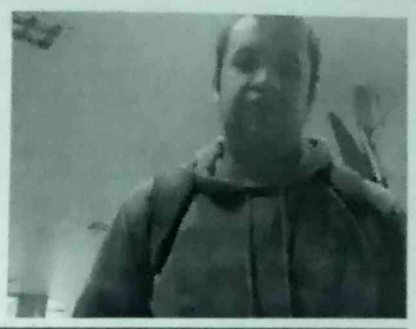
Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 28/08/2017 11.26 AM

SO FR 01 VERSION 01

F.26/05/2011



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD		
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Nit**	830104032-4
e-mail	coordsaludocupacional@miratusalud.com.co	**Teléfonos**	4173131

TIPO DE EXAMEN: INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

FECHA DE EXAMEN: 2017-08-28 11:05:40

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO			**Identificación**	CC	1031132150	**Sexo**	M
Fecha de Nacimiento	29/04/1991	**Edad**	26 Años	**Teléfonos**	3115558915			
Dirección	CR 79P 42A 06SUR	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**EPS**	Compensar			
ARL	NO REFIERE		**Fondo de Pensiones**	COLPENSIONES				

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares	**Empresa Usuaria**	NO APLICA
Cargo	ENFERMERO JEFE	**Fecha Ingreso**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO PARA EL CARGO	
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA	
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA	
RESTRICCIÓN	NO APLICA	
REUBICACIÓN	NO APLICA	
REMISION EPS	NO	

RECOMENDACIONES	
INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	DIETA Y EJERCICIOS.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CUANDO LO REQUIERA.
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS	
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS	
CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	

Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Medica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la perdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos.

Dr. HARRISON A. BARON A.
EPS SALUD OCUPACIONAL
U. ROSARIO
C.C. 79.793.400 BTA.
LIC. 4943 / 2014.

HARRISON AUGUSTO BARON AVILA.
C.C 79793400 RM: 1578 de 2001
Firma y sello del Médico Evaluador

Fidel Cruz

FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO
C.C 1031132150
Firma del trabajador Evaluado



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

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

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

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

FECHA:	[illegible]	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Cruz	Parrado	Fidel	Eduardo		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E	R.C.	NUIP	1031132150	Bogota	2009-05-14
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1991-04-29	Bogota	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE		0		3104935012

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cra 78p No 42a 06 sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3104935012

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
fidelecruz@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA						CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		IVA	SI X	NO	Digitar el codigo del rut	8621
		NO X		ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:	

GRAN CONTRIBUYENTE				AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI		NO	X		SI / NO X		SI / NO X

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	COMERCIO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [ ]	# NIT	

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCION [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: [X]

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	700 000 $ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	700.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rueda	Niño	Irma	Milena
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 8a No 8a 89 sur apto 316	Bogota	amistad	3214972243

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	cuenta de ahorro	4700032615	Palermo	5,718E+12

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] CUAL: [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermeria

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situsciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(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

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

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

fidel Cruz

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO identificado(a) con cedula ciudadania 1.031.132.150 , se encuentra Suspendido en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170925	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Agosto de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
9930473

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-08-09, 11:47:28 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014867460

Periodo Cotización 201808 **Periodo Servicio** 201808

Cliente:

PAGADA 2018-08-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO				
Documento	CC 1031132150	**Dirección**	CRA 78 P # 42 A - 06 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3104935012		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CRUZ PARRADO FIDEL EDUARDO	**Identificación**	CC 1031132150		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1031132150		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					CRUZ PARRADO FIDEL EDUARDO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**S. Integral**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 781.242	25-14		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 222.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1031132150,** se encuentra afiliado (a) desde **01/05/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/05/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de agosto de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1031132150	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Fidel	Eduado	Cruz	Parrado
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

29/04/1991	Bogota	cra 78p No 42a 06 sur	3104935012
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

compensar	colpensiones	$2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

enfermero	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico	Celular

Fidel Cruz
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 113266293

WEB
17:31:43

Bogotá DC, 02 de agosto 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) FIDEL EDUARDO CRUZ PARRADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031132150:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 jueves 02 de agosto de 2018, a las 17:27:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1031132150
Código de Verificación	1031132150180802172700

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2368740

Bogotá D.C., 2 de Agosto de 2018 - 17:33 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y UN MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA**

1031132150

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_HNCG3_3317
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 17:30:43 horas del 02/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1031132150**
Apellidos y Nombres: **CRUZ PARRADO FIDEL EDUARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.