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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	**ESTERILIZACION**	**FECHA**	**18-dic-18**	**N° FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	**JOSE FERNADO PARRA IZQUIERDO**		**DOCUMENTO:**	**80747700**	
TELEFONO	**3133493240**		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	**AUCILIAR DE ENFERMERIA ESTERILIZACION**	

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

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

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

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

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano		**Fecha:**	
V°/B° Dirección Talento Humano		**Fecha:**	


Central de Programacion de cin...
SECOP II | Colombia Compra Efi...
Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:28:51
Jose Fernando Par...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Última Actualización
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
entre el viernes 21 de diciembre desde las 10:00 p.m.
hasta el sábado 22 de diciembre a las 4:00 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios.
Programa tus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Solución en Línea
Agente virtual JOTA
PQRSD
Línea en Bogotá 7455783
Línea Nacional 018000 520808
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
JOTA
BIENES Y RENTAS ....pdf
bienesYRentas_15....pdf
HOJA DE VIDA FER....pdf
hojaDeVida_15451....pdf
hojaDeVida_15451....pdf
DIPLOMAS YESIKA.pdf
Mostrar todo
4:28 p. m.
18/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PARRA	IZQUIERDO	JOSE FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80747700

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80747700 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES AGO AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 67C SUR 1B-89 ESTE

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3133493240

EMAIL joferpaiz77@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2011
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		TECNICO AUX DE ENFERMERIA	12	2014	80747700

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Santa Clara Red Centro Oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: teescucho@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 5282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 3 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: aux de enfermeria	*DEPENDENCIA*: central de esterilizacion	*DIRECCIÓN*: CRA14b1 45	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Abodah	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: juridica.abodah@hotmail.com	
TELÉFONOS: 7443098	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 6 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: aux de enfermeria	*DEPENDENCIA*: central de esterilizacion	*DIRECCIÓN*: cll 106 54 73	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	2	4
PRIVADO	0	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

Bogota 18 Dic 18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Fernando Parra.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80747700 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CLL 67C SUR 1B-89 ESTE **Teléfonos** 3133493240 3133493240

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
IAN FERNANDO PARRA TILAGUY	1016735229	HIJO(A)
JOSE FERNADO PARRA IBAÑES	79280957	PADRE
MARIA NOHORA IZQUIERDO NOHORA	51908393	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 15.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.600.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco bogota	AHORROS	102-67464-5	av primera	$ 10,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO AV VILLAS	TARJETA CREDITO	$ 15.000.000,00

BANCO COLPATRIA	TARJETA CREDITO	$ 3.000.000,00
CODENSA	TARJETA CREDITO	$ 3.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
GINNA LISBETH TILAGUY CASTRO	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1023957902

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Fernando Parra.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre el

Programa de Educación Básica y Media para Jóvenes y Adultos de la

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

UNAD Regional Bogotá

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, según
Resolución de Aprobación No. 3175 de Octubre 28 de 2003

Confiere a:

José Fernando Parra Izquierdo

Identificado(a) con c.c. No. 80747700 de Bogotá, D. C.

El Título de:

Bachiller Académico

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

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Director (a) | Coordinador (a) Académico (a)

Anotado al folio No. 8 del Libro de Registro No. 6

Dado en Bogotá, D. C. a los 21 días de Diciembre de 2011

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 5 de Mayo de 1994

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el

Programa de Educación Básica y Media para Jóvenes y Adultos de la

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

UNAD Regional Bogotá

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, según
Resolución de Aprobación No. 1473 de Octubre 28 de 2003

Confiere al:

José Bernardo Parra Izquierdo

Identificado(a) con C.C. No. 80747730 de Bogotá, D. C.

El Título de:

Bachiller Académico

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

Universidad Nacional

Director(a) | Coordinador(a) Académico(a)

Anotado al folio No. 8 del Libro de Registro No. 6

Dado en Bogotá, D. C. a los 21 días de Diciembre de 2011

Este Diploma se expidió ser registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con la Resolución No. 021 de 13 de mayo de 1998.

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

JOSÉ FERNANDO PARRA IZQUIERDO

C.C 80747700 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

SOCORRISTAS
FUNDACION DE
"FUSDESA"
DESARROLLO Y ACCION

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Diciembre de 2014
Anotado en el Folio 14241 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.

Acta de Grado

Programa de Educación Básica y Media
para Jóvenes y adultos de la
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
UNAD - Regional Bogotá

UNAD
Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

Código SNP- ICFES 106625

Inscripción DANE 51100180191

En la ciudad de Bogotá D. C., a los veintiuno (21) días del mes de diciembre de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último ciclo, los suscritos el Director (a) y Coordinador (a) Académico (a) en la sede de la Institución Educativa programa de Bachillerato a Distancia para Jóvenes y adultos de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD - Regional Bogotá, institución aprobada hasta nueva visita, en el Ciclo de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, Distrito Capital para otorgar el Título de **Bachiller Académico**, según Resolución de aprobación No. 3175 del 28 de octubre de 2003.

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

José Fernando Parra Izquierdo
Identificado (a) C. C. No. 80747700 de Bogotá D. C.

Es fiel copia del Acta original No. 034 del 21 de diciembre de 2011, anotados en el Libro de Registro No. 06, Folios 3 al 11 que consta de ochocientos noventa y dos (892) alumnos graduandos; que inician con el nombre de PEDRO ACERO y finaliza con HANS ALEJANDRO ZULUAGA OVIEDO.

Dada en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de diciembre de 2011.

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

Firmada por Director(a) y Coordinadora (a) Académico (a)

Director(a)

Coordinador(a) Académico (a)

Scanned by CamScanner

Acta de Grado

Programa de Educación Básica y Media para Jóvenes y adultos de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD - Regional Bogotá

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Código SNP- ICFES 106625

Inscripción DANE 51100180191

En la ciudad de Bogotá D. C., a los Veintiuno (21) días del mes de diciembre de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último ciclo, los suscritos el Director (a) y Coordinador (a) Académico (a) en la sede de la Institución Educativa programa de Bachillerato a Distancia para Jóvenes y adultos de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD - Regional Bogotá, institución aprobada hasta nueva visita, en el Ciclo de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, Distrito Capital para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución de aprobación No. 3175 del 28 de octubre de 2003.

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

José Fernando Parra Izquierdo

Identificado (a) C. C. No. 80747700 de Bogotá D. C.

Es fiel copia del Acta original No. 034 del 21 de diciembre de 2011, anotados en el Libro de Registro No. 06, Folios 3 al 11 que consta de ochocientos noventa y dos (892) alumnos graduandos; que inician con el nombre de PEDRO ACERO y finaliza con HANS ALEJANDRO ZULUAGA OVIEDO.

Dada en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de diciembre de 2011.

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

Firmada por Director(a) y Coordinadora (a) Académico (a)

Director(a)

Coordinador(a) Académico (a)

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 032

ACTA INDIVIDUAL N° 14241

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Diciembre del año 2014
J O S É F E R N A N D O P A R R A I Z Q U I E R D O
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 80747700 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 14241 del Libro 06 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

EDUCACIÓN CONTINUA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Certifica que

JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO

C.C. N° 80.747.700

Asistió al Curso

CAPACITACIÓN

EN CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN

Realizado del 21 al 2[illegible] de octubre de 2015 con una intensidad [illegible] 24 horas.

En constancia se expide el presente certificado y se refrenda con las respectivas firmas.

Luis Fernando Álvarez Londoño, S.J.
Vicerrector de Extensión
y Relaciones Interinstitucionales

Fabiola Castellanos Soriano
Decana
Facultad de [illegible]

Bogotá, D.C., octubre de 2015

011036 7038

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Fusdesq

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jose fernando Paiva Izquierdo 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:

Tecnico en Auxiliar de Enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Fernando Paiva

No. de documento: 80747700

Tarjeta profesional No: 80747700

Dirección de contacto: Calle 67C sur N° 1B 89 este

Teléfono: 3133493240

CERTIFICACION

TRABAJADOR RETIRADO

Lo suscrito Jefe de Recursos Humanos de ABODAH, certifica que JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 80747700, estuvo vinculado(a) a la Entidad mediante contrato de trabajo por duración de la obra o labor determinada, desde el 11-jun.-2015 hasta el 21-ene.-2016, ejerciendo el cargo de AUXILIAR DE ESTERILIZACION.

Estuvo afiliado(a) a:

- *EPS: CRUZ BLANCA.*
- *AFP: PORVENIR.*
- *CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR: COLSUBSIDIO*

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en la ciudad de Bogotá D. C., hoy 02 de noviembre de 2016, a solicitud del interesado, con destino a quien pueda interesar.

Cordialmente,

Abodah
NIT. 900.434.927 -1

GLADYS VELANDIA MORENO
Jefe de Recursos Humanos

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80747700**

PARRA IZQUIERDO
APELLIDOS

JOSE FERNANDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1984**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-AGO-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500106-47109531-M-0080747700-20021218 **05671** 02350B 01 133621552

DIAN

Formulario de Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

14395286208

IDENTIFICACION

25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
13 Cédula de ciudadanía	80747701	2002 08 23

28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
169 COLOMBIA	11 Bogotá D.C.	001 Bogotá, D.C.

32. Primer apellido	33. Segundo apellido	34. Primer nombre	35. Otros nombres
PARRA	IZQUIERDO	JOSE	FERNANDO

36. Razón social

37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
169 COLOMBIA	11 Bogotá D.C.	001 Bogotá, D.C.

41. Dirección principal: CL 97 C SUR 1 B 89 ESTE TO 2 AP 101

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
joferpaiz85@gmail.com		3133349324 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8692	2016 03 01						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	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
	1	2																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2016 11 15

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: PARRA IZQUIERDO JOSE FERNANDO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-11-2016 06:01:59PM

Scanned by CamScanner

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-11-2016
Hora: 1:50:24 PM

CONTRIBUYENTE NIT 80747700-5 JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO

Información General

Dirección CL 67D SUR 1B 69 TO 3 AP 101

Teléfonos 3133493240

Dirección electrónica joferpa265@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 13006757

Fecha Inicio Actividades 20/02/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001369441

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

80747700

PARRA IZQUIERDO
JOSE FERNANDO



PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2014	31 - DIC. 2024	31 - DIC. 2034

PROFESION EMPLEADO

FECHA EXPEDICION 25 FEB 2004

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

CT. ALBERTO FONSECA BECERRA
Comandante de Zona

0607900



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

JOSE FERNANDO
PARRA IZQUIERDO
C.C. 80747700

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 28/05/2015

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 3228 *de* 17/03/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PARRA IZQUIERDO JOSE FERNANDO Identificado(a) con CC número 80747700 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 19/12/2014.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a PARRA IZQUIERDO JOSE FERNANDO identificado(a) con CC número 80747700 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 17/03/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Reviso : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 28-05-2015
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jose Fernando
CC. # 80747700
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ HUMANA

eTHUS

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 *

80747700

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).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24-sept 2014	074C1045C	
	2	09 JUN 2015	Serum 041.2c025.	
	3	2-9 FEB 2016	JJ1C0214	Inmunosalud
	4		REF: 10 AÑOS.	
	5			
Contra Hepatitis B	1	10 JUN 2015	1434021-01	Inmunosalud
	2	2 FEB 2016	1434021-01	Inmunosalud
	3	9 AGO 2016	1434024	Inmunosalud
	R	1 ENE 2017	1434026	Inmunosalud

REFUERZO CON 5 AÑOS

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				



...do en Colombia

...ar a zonas de riesgo

...onsérvelo

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

...ibertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: JOSE FERNANDO

Apellidos: PAIBA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 80747700

Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 05 Año 1954

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 29/02/16	INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	

NOMBRE	JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO		
CEDULA	80.747.700	TELEFONO O CELULAR	3133493240

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO	X	AUDIOMETRÍA		VISIOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	

INFORMACION ORGANIZACION

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA
CARGO	AUXILIAR DE ESTERILIZACION

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		X	APTO CON RESTRICCIONES		
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO			APLAZADO		
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS			NO APTO		

RESULTADO EXAMENES	MEDICO
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). **Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo**

PABLO HERNANDEZ MANZANO

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Pablo Hernández Manzano
Médico cirujano (UIS)
Higiene y Salud Ocupacional
Gestión Integrada SHSE
I.S.O. 5334/09

80747700

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado : el** que falsifique documento privado que pueda servir de prueba , incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. **(Articulo 289 del Código penal Colombiano).**

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOSÉ FERNANDO PARRA IZQUIERDO

C.C.: 80747700

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

Secretaría de Salud

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

N° 2771

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017,
por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN,
decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015

FUMEFI SAS

CERTIFICA A:

JOSÉ FERNANDO PARRA IZQUIERDO

C.C 80.747.700

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 11 días del mes septiembre de 2018

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit: 900.790.[illegible]-6

Héctor M. Chala
Gerente

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 28 Sur
Contacto: 3143606143- 2065174

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:	18 Dic 18	CIUDAD:	Bogota D.C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Parra.	Izquierdo	Jose	Fernando

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80747700	Bogota	23 Agosto 2002
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
17-08-84	Bogota.	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	3	2	3133493240

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 67C sur # 1B 89 Este	Bogota	Bogota	Colombia	3133493240

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
JOPELPAIZ77@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gina.	Lizbeth	Tilaguy	Castro

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1023957902	Bogota	13 Febrero 2015
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☑	8692
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☑	PRINCIPAL: ☑ SECUNDARIA: ☐

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	VICIOS ☒	LUD ☐	NIT	800215303-7

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ MENTOS ME ☐ AMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 14B 1-45 Sur	3282828	Bogota D.C.	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria	**FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)**		

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	1500.000	GASTOS FAMILIARES	400.000	AHORROS	200.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1500.000.	**TOTAL EGRESOS**	900.000	**TOTAL ACTIVOS**	200.000	**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
Escobar	Espitia	Vanessa	Stefanny
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Diagonal 46 N° 120-13	Bogota	Amiga	320 840 3618

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogota	Cuenta Ahorro	102674645	AV Primera 6-19	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Apoyo-Gestion Como Auxiliar de Enfermeria

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Fernando Parra.

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:			

Certificado de Afiliación

El Señor Jose Fernando Parra Izquierdo , identificado con Cédula Ciudadanía 80.747.700, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Jose Fernando Parra Izquierdo		
Número de identificación:	80747700	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	21/09/2007	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CL 67 C # 518 - 89	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3493240	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
80747700	Parra Izquierdo Jose Fernando	01/03/2016	
860090915	ACTIVOS S.A.	03/12/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1016735229	RC	IAN FERNANDO PARRA TILAGUY	29/01/2015	VIGENTES		HIJO

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 18 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,747,700**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

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

80747700		Seguros Bolivar	
Numero de Documento		ARL	
Jose	Fernando	Parra	Izquierdo
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
17-08-1984	Bogota	Calle 67C Sur 71B 89 Este	—
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Cruz Blanca	Porvenir	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Auxiliar Enfermeria. Estudiante			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
JOFerpa1277@Gmail.com		3133493240	
Correo Electrónico		Celular	
Fernando Parra Izquierdo			
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119375067

WEB
11:09:44

Bogotá DC, 18 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE FERNANDO PARRA IZQUIERDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80747700:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de diciembre de 2018, a las 11:11:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80747700
Código de Verificación	807477001812181111120

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. 2620786

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 11:15 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS**

80747700

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_4QJK_1511
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 11:12:48 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80747700**
Apellidos y Nombres: **PARRA IZQUIERDO JOSE FERNANDO**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

NIT 860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PARRA IZQUIERDO,JOSE FERNANDO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 80.747.700 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102674645, abierta/o desde el 30/03/2016.

Se expide en Bogota el día 21 del mes de Noviembre del año 2016

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO