Contrato No.	ADRES-CPS-436-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Anrosmary Schineider Parada Gutiérrez		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Rena Lisag Morales Hernández	**Teléfono / Extensión**	601 432 2760
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	28/04/2023	**Fecha de Terminación**	31/12/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	28/04/2023	**Hasta**	30/04/2023
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

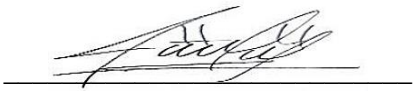
	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Efectuar la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica

	identificar o sin SOAT, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato, líder y/o coordinar.	Se registró los resultados de las tareas asignadas correspondiente a la elaboración del resumen ejecutivo del Manual Operativo y de Auditoría para el reconocimiento y pago de servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito de vehículos no identificados o sin póliza SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	1. Resumen ejecutivo Manual de Reclamaciones V5 Anrosmary Parada.PDF.	No Aplica
3	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación.	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica
4	Realizar la retroalimentación correspondiente de los criterios de auditoría determinados en la normativa y manuales vigentes, así	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica

	como en la ejecución de jornadas de capacitación que se requieran en el marco de la validación de resultados de auditoría.			
5	Intervenir cuando se requiera en la ejecución de las diferentes etapas del proceso para determinar la calidad de los resultados de la auditoria efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC y a las reclamaciones por servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con vehículos no identificados o no asegurados con póliza /soat, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos catastróficos de origen natural, y eventos terroristas.	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica
6	Asistir a las reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas por el supervisor del contrato, la respectiva Coordinación de Grupo y/o líder.	Se asiste a la reunión en donde trabaja el Manual Operativo y de Auditoría para el reconocimiento y pago de servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito de vehículos no identificados o sin póliza SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	1. Resumen ejecutivo Manual de Reclamaciones V5 Anrosmary Parada.PDF.	No Aplica
7	Participar en la elaboración de los informes que sean requeridos por organismos de control internos y/o externos, así como los diferentes actores involucrados en el proceso de auditoría, validación, reconocimiento y pago.	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica
8	Suministrar los insumos requeridos dentro del proceso	En el presente periodo no se desarrollaron actividades	No Aplica	No Aplica

	de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas presentadas ante la ADRES; así como los que se requieran para el procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	relacionadas con esta obligación contractual.		
9	Atender las solicitudes de ajuste que se requieran en caso de que la revisión de los soportes asignados presente inconsistencia o que el producto entregado en los tiempos establecidos no cumpla con la rigurosidad técnica requerida.	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica
10	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica
11	Apoyar en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	En el presente periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No Aplica	No Aplica

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista
Fecha: 17/05/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
49.236.477	0	518.279	0	48.718.198

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Quinientos dieciocho mil doscientos setenta y nueve pesos ($ 518.279)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pensión	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes).

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Rena Lisag Morales Hernández
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 17/05/2023

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 17 DE MAYO DE 2023

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: Anrosmary Schineider Parada Gutiérrez

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.704.887

CONTRATO No.: ADRES-CPS-436 de 2023

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 28 de abril de 2023 **HASTA:** 30 de abril de 2023

LA SUMA DE: Quinientos dieciocho mil doscientos setenta y nueve pesos ($ 518.279)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 168 # 65 - 50

TELÉFONO: 3114505619

FIRMA
C.C 52704887

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

Bogotá D.C., 17 de mayo de 2023

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Anrosmary Schineider Parada Gutiérrez	52704887

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 8299 Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-436-2023
Fecha de Inicio: 28 de abril de 2023 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2023
Valor total del Contrato: $**49.236.477** Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2023: **5.182.787**

1. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
TI	1016719021	Juan David Blanco Parada	A
TI	1011206119	María José Blanco Parada	A

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

2. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 UVT.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

_____

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

7. Declaro que consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales.

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario).

Atentamente,

Firma:
Anrosmary Schineider Parada Gutiérrez
Cédula de ciudadanía No. 52704887 de Bogotá
Bogotá D.C., 17 de mayo de 2023

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52704887, se encuentra Afiliado 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
20230215	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Mayo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
21849269

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ, identificado(a) con C.C 52.704.887, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 16 de mayo de 2023.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14896704342

(415)7707212489984(8020) 000001489670434 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 0 4 8 8 7	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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	5 2 7 0 4 8 8 7	1 9 9 7 1 1 0 8

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
PARADA	GUTIERREZ	ANROSMARY	SCHINEIDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 171 58 30

42. Correo electrónico: schineiderbonita@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 5 0 5 6 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 7 1 0 1 6	8 2 9 9	2 0 2 3 0 2 1 6				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2023 - 02 - 16 / 11 : 47: 58

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ZAMBRANO MONTERO YISELLA
985. Cargo Analista II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR48
	FORMATO	DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA	VERSIÓN	01
			FECHA	24/09/2021

En virtud de lo establecido en la ley 863 del 29 de diciembre de 2003 por medio de la cual se establecen las normas tributarias, aduaneras, fiscales y de control para estimular el crecimiento económico y el saneamiento de las finanzas públicas, por favor suministrar la siguiente información, la cual permitirá efectuar de manera correcta sus pagos y las retenciones a que haya lugar.

Fecha registro de la información		
08	03	2023

Persona Natural			
Nombres y apellidos completos: ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ			
Tipo de identificación: **CC**	**Número de Identificación:** 52704887	**Ciudad:** **BOGOTA**	**Teléfono:** 3114505619
Correo electrónico: SCHINEIDERBONITA@gmail.com		**Dirección:** Calle 168 65 50 casa 93	

Actividad Económica	
Actividad Económica:	
Código Actividad:	**8299**

INFORMACIÓN TRIBUTARIA		
	Si	**No**
Responsable impuesto a la venta-IVA	☐	☒
Gran Contribuyente	☐	☒
Retención en la Fuente	☐	☒
Auto retenedor	☐	☒
En caso afirmativo N° Resolución		
Sujeto a Retención	☐	☒
Obligado a facturar electrónicamente	☐	☒
Régimen	◉ **Simplificado** ○ **Común**	

INFORMACIÓN BANCARIA	
Banco: BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta: AHORROS**
No. de Cuenta: 20200026854	**Ciudad:** BOGOTA

Dejo constancia que los datos suministrados en el presente formulario son veraces y que cualquier inconsistencia asumo la responsabilidad que ello acarree.

Firma

_____

C.C No. 52704887

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-02-15	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ			Identificación CC	Nro 52704887
Fecha de Nacimiento	1979-11-07	**Edad**	43	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	MEDICO AUDITOR				
Fecha Ingreso	2023-02-15 11:01:02	**Fecha Salida**	2023-02-15 11:04:02		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA CONTROL ANUAL
VALORACION EPS	SI Observaciones: CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Gladys Mendivelso Vega
DRA. GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LIC No 1042821

GLADYS MENDIVELSO VEGA
RM: 1042821
Firma y sello del médico

Anrosmary Parada.

ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ
CC 52704887
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

FORMATO – DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS RECURSOS

Yo, ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ, identificado con CC 52704887, manifiesto bajo la gravedad de juramento que mis recursos no son provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o financiación del terrorismo.

En constancia se firma en Bogotá D.C.a los 08 dias del mes de marzo de 2023

FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANIA: 52704887

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C5270488700115607

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ**, identificado(a) con C.C. No. 52704887 y T.P. o R.M. No. 81 1258/2007 del(a) Unidad Administrativa Especial de Salud del Arauca, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 08 marzo 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	calle 168 65 50
Name:	anrosmary schineider parada guti	**City:**	bogota
ID # / Digital Currency Address:		**State/Province:***	bogota
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	Colombia
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 3/8/2023 10:03:56 AM
Non-SDN List last updated on: 3/8/2023 10:08:41 AM

Certificado
Bancario

Miércoles, 8 de marzo de 2023

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANROSMARY SCHINEIDER PARADA GUTIERREZ identificado(a) con CC 52704887, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20200026854	2019/09/10	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.719.021**

BLANCO PARADA

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David Blanco

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.206.119**

BLANCO PARADA

APELLIDOS

MARIA JOSE

NOMBRES

Maria Blanco

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-2009**

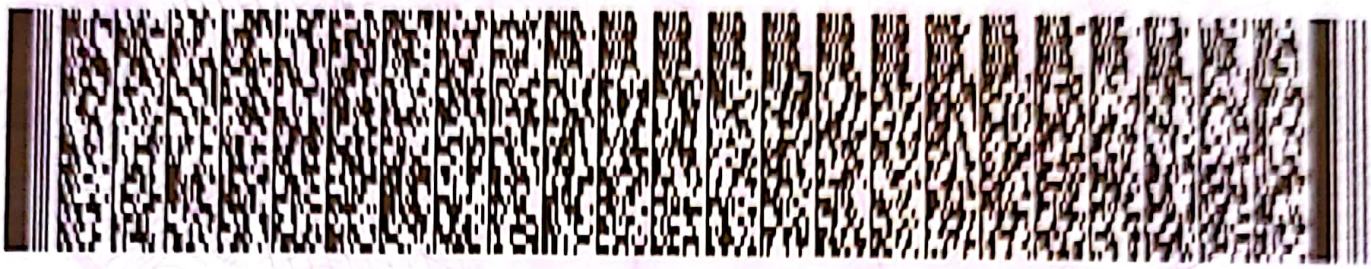
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-JUL-2027 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

10-FEB-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00884002-M-1016719021-20170217 **0053**725051A 1 1974306837



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

04-SEP-2028 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

29-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00985284-F-1011206119-20180307 **0059**847105A 1 1974727621

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1,016,719,021

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43660398

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría [X] Número 17 Código 1017

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BLANCO	PARADA

Nombre(s)			
JUAN DAVID			
Fecha de nacimiento	**Sexo (en letras)**	**Grupo sanguíneo**	**Factor RH**
Año 2009 Mes JUL Día 01	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10004266-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARADA GUTIERREZ ANROSMARY SCHINEIDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52,704,887 SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BLANCO RAMIREZ JOSE ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80,778,751 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Del declarante

Apellidos y nombres completos

BLANCO RAMIREZ JOSE ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80,778,751 BOGOTA D.C.	José Blanco

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes JUL Día 25	VICTORIA C. SAAVEDRA S.
	Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA VICTORIA C. SAAVEDRA S.

IMPRESO POR SARAMAGUA S.A. NIT. 800.012.711-2 10000-10-2009

* SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO *

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50447250

NUIP 1011206117

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Número 50 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 1 11

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: BLANCO
Segundo Apellido: PARADA
Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes SEP Día 04
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: A
Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 52439148-0

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: PARADA GUTIERREZ ANDROMARY SCHNEIDER
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 52.704.887
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: BLANCO RAMIREZ JOSE ANTONIO
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 80778751
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: BLANCO RAMIREZ JOSE ANTONIO
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 80778751
Firma: Jose Blanco

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de Identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de Identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de Inscripción: Año 2010 Mes SEP Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza
GABRIEL URIBE ROLDAN
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Jose' Blanco
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
GABRIEL URIBE ROLDAN
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS NO.74 FOLIO 323

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Valido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Jose Antonio Blanco

Bogotá D.C. 07 SEP. 2019

NOTARIA 50 DE BOGOTA D.C.
SECRETARIO DELEGADO
GARCIA MONTES

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner