




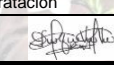
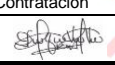
 <p>E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO EL AGRADO HUILA NIT: 891.180.147-8</p>		CÓDIGO: AP-FOR-001	
		MACROPROCESO : APOYO	
		FECHA: 12/03/2025	
LISTA DE CHEQUEO		VERSION 2	
Numero Estudio Previo:		030-2026	
Tipo de Contrato:		CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Tipo de Proponente		Natural <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	
Item	DOCUMENTO - REQUISITO	Cumple	N/A
1	CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y/O PROPUESTA	X	
2	ESTUDIOS PREVIOS, CERT IDONEIDAD Y EXPERIENCIA (CTOS PRESTACION DE SERVICIOS) Y/O COTIZACIONES	X	
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	X	
4	CARTA ACEPTACION DE CONDICIONES TECNICAS (SI APLICA)	X	
5	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ART 50 LEY 789 DEL 2002	X	
6	FORMATO DE DECLARACION DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	X	
7	FORMATO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X	
8	FORMATO DE HOJA DE VIDA DEL SIGEP II	X	
9	FOTOCOPIA DE LA CEDULA R. LEGAL O PERSONA NATURAL- Y CERT EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL SI ES PERSONA JURÍDICA	X	
10	FORMULARIO ÚNICO DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL	X	
11	FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR (HOMBRES MENORES DE 51 AÑOS) R LEGAL O PERSONA NATURAL O CERTIFICADO		X
12	FOTOCOPIA DEL RUT PERSONA NATURAL O JURÍDICA	X	
13	PLANILLAS DEL ÚLTIMO PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN CASO DE QUE SE REQUIERA		X
14	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES VIGENTE REPRESENTANTE LEGAL PERSONA NATURAL Y DE LA EMPRESA	X	
15	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDO POR LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION VIGENTE	X	
16	CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES DEL PROPONENTE	X	
17	CERTIFICADO DE SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC PERSONA NATURAL Y REPRESENTANTE LEGAL	X	
18	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EXPEDIDA 30 DIAS ANTERIORES A LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO (EPS, ARL Y FONDO DE PENSIONES PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES) EN CASO QUE SE REQUIERA	X	
19	COPIA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (Si Aplica)		X
20	CERTIFICACIÓN BANCARIA (NO MAYOR A 30 DÍAS)	X	
21	REGISTRO SECOP II (CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN CASO QUE SE REQUIERA)	X	
22	CERTIFICADO EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO (No mayor a 3 años) SI ES PERSONA NATURAL SI APLICA	X	
23	MANIFESTACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN CONFLICTOS DE INTERESES REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL	X	
24	FOTOCOPIA DE CONSTANCIA DE VIGENCIA DE LA PROFESIÓN EXPEDIDA POR EL ORGANO COMPETENTE Y ANTECEDENTES ESPECIALES (EN LOS CASOS EN QUE SE REQUIERA)		X
25	FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA TARJETA PROFESIONAL		X
26	COPIA DE ACTA DE GRADO O TITULO UNIVERSITARIO Y CERTIFICADOS DE ESTUDIOS TÉCNICOS, ESPECIALIZACIONES ETC	X	
27	CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA - CUANDO SE REQUIERA	X	
28	CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA JEFE DE TALENTO HUMANO Y/O GERENTE SOBRE LA NO DISPONIBILIDAD DE PERSONAL DE PLANTA PARA SATISFACER LA NECESIDADES	X	
29	CERTIFICACION DELITOS SEXUALES	X	
30	REDAM (Menor a 90 días) REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL	X	
31	CERTIFICACION DE INSCRIPCION RETHUS (PERSONAL ASISTENCIAL)	X	
Cumple Si <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Elaborado Por: Diana J. Valderrama		Revisado Por: Diana Jimena Valderrama Valderrama	
Cargos: Apoyo Contratacion		Cargos: Apoyo Contratación	
FIRMA 		FIRMA 	
		FIRMA 	

 <p><i>"De la Mano de Dios y Unidos Por la Salud"</i></p>	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO EL AGRADO HUILANIT: 891.180.147-8		CÓDIGO:AP-FOR-001
	MACROPROCESO : APOYO		FECHA: 12/03/2025
	LISTA DE CHEQUEO		VERSION 2
Numero Estudio Previo:	046-2025		
Tipo de Contrato:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		
Tipo de Proponente	Natural <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>		Jurídica <input type="checkbox"/>
Item	DOCUMENTO - REQUISITO	Cumple	N/A
32	INSCRIPCIÓN EN MIPRES (MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, NUTRICIONISTAS)		X
33	CERTIFICADO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (RES. 459 DE 2000) (MÉDICOS)		X
34	CERTIFICADO DE CUIDADO DEL DONANTE (MÉDICOS).		X
35	CERTIFICADO DE ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (MÉDICOS, ENFERMERAS, AUXILIARES DE ENF. Y CONDUCTORES).	X	
36	CERTIFICADO DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA AIEPI (MÉDICOS Y ENFERMERAS).		X
37	CERTIFICADO DE GESTIÓN DE DUELO (MÉDICOS, ENFERMERAS Y AUXILIARES ENF.)	X	
38	CERTIFICADO EN SOPORTE VITAL BÁSICO. (AUX. ENFERMERÍA Y CONDUCTORES)	X	
39	CERTIFICADO EN SOPORTE VITAL AVANZADO (MÉDICOS Y JEFES ENFERMERÍA)		X
40	CERTIFICADO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL)	X	
41	CERTIFIC. ENTRENAMIENTO EN INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO. (JEFES ENFERMER.)		X
42	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍAS. (JEFES ENFERMERÍA)		X
43	CERTIFICADO PARA TOMA DE MUESTRAS (AUXILIARES DE ENFERMERÍA)	X	
44	CERTIFICADO TOMA DE MUESTRAS POCT (ENFERMERAS Y AUXILIARES ENFERMERÍA)	X	
45	CERTIFICADO FORMACIÓN DE MANEJOS DE PRUEBAS POCT (BACTERIÓLOGOS)		X
46	CERTIFICADO MINUTO DE ORO (AUXILIARES ENFERMERÍA)	X	
47	CERTIFICADO PARA ADMINISTRACIÓN DE BIOLÓGICOS (AUXILIARES DE ENFERMERÍA)	X	
48	CERTIFICADO DE TRASLADO DE ATENCIÓN BÁSICA. TAB (AUX. ENFERMERÍA Y CONDUCTORES)	X	
49	CERTIFICADO DE MECÁNICA BÁSICA (CONDUCTORES).		X
50	CERTIFICACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS. (CONDUCTORES).		X
51	CERTIFICADO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA APH (AUX. ENFERMERÍA Y CONDUCTORES)	X	
52	CERTIFICADO DE MANEJO DEFENSIVO. (CONDUCTORES).		X
53	CERTIFICADO DE CONDUCTOR DE VEHÍCULO DE EMERGENCIA. COVE. (CONDUCTORES).		X
54	CERTIFICADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. (TODO EL PERSONAL)	X	
55	CERTIFICACIÓN DE MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS. (TODO EL PERSONAL)	X	
56	CERTIFICACIÓN DE HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD. (TODO EL PERSONAL)	X	
57	CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN VIRTUAL 50 HORAS DEL SG.SST. (TODO EL PERSONAL)	X	
58	CURSO DE INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN. (TODO EL PERSONAL)	X	
59	CERTIFICADO DE TRABAJO EN ALTURA (PERSONAL DE MANTENIMIENTO)		X
60	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS HEPATITIS B. (TODO EL PERSONAL)	X	
61	COPIA DEL CARNET DE VACUNACIÓN (TODO EL PERSONAL)	X	
62	FLUJO DE PAGOS	X	
Cumple Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Elaborado Por: Diana Valderrama	Revisado Por: Diana Jimena Valderrama Valderrama	Aprobado Por: Diana Jimena Valderrama	
Cargo: Apoyo Contratación	Cargo: Apoyo Contratación	Cargo: Apoyo Contratación	
FIRMA 	FIRMA 	FIRMA 	

PRESENTACION DE LA PROPUESTA

El Agrado, 26 de Enero de 2026

Señores:

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO

Agrado Huila

Ciudad.

Proceso de Contratación Directa

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.110.453.064 expedida en Ibagué, Tolima, en razón al régimen de contratación que tienen las Empresas Sociales del Estado, el cual es el régimen privado conforme al numeral 6 del artículo 194 de la Ley 100 de 1993, en concordancia del artículo 5.2 del Acuerdo N°007 del 03 de junio del 2014, *"Por medio del cual se aprueba el Estatuto de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Municipal San Antonio de Agrado Huila"*, vigente a la fecha, hacemos la siguiente propuesta para la **"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO (ZONA RURAL), DE CONFORMIDAD CON LAS DIRECTRICES IMPARTIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL"**, y en caso de que sea aceptada y adjudicada en los términos de la normatividad citada por la E.S.E Hospital San Antonio del Agrado Huila, nos comprometemos a ejecutar el objeto que corresponde.

Declaramos así mismo:

- Que esta propuesta y el documento que llegue a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.
- Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella derive.
- Que conocemos la información general y demás documentos que se requieren del presente proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos en razón a que se remite tal información a través de medio electrónico según lo establecido en el art 5.2 del Acuerdo 007 del 03 de junio del 2014
- Que conocemos el sitio del proyecto y hemos tomado atenta nota de las condiciones que puedan afectar su ejecución en razón a que se remite tal información a través de medio electrónico según lo establecido en el art 5.2 del Acuerdo 007 del 03 de junio del 2014
- Que no nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Atentamente,



GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

C.C. N ° 1.110.453.064

parrargonzalo@gmail.com

3150596666

El Agrado, Huila

CARTA DE ACEPTACION CONDICIONES TECNICAS

Señores
E.S.E SAN ANTONIO DEL AGRADO HUILA
Agrado – Huila
ESD.

REF: Proceso de Contratación Directa – Aceptación de Condiciones Técnicas

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.110.453.064 de Ibagué, Tolima, manifiesto que en el evento de serle adjudicado el presente proceso cuyo objeto es **“PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO (ZONA RURAL), DE CONFORMIDAD CON LAS DIRECTRICES IMPARTIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL”** estoy dispuesto a prestar mis servicios en la ejecución del mismo, además que manifiesto conocimiento y aceptación de los requisitos técnicos mínimos contenidos en el presente proceso, así como en el pliego de condiciones contractuales definitiva, y manifiesto que cumpliré con todas las especificaciones técnicas y las obligaciones inherentes al Contrato



GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
C.C 1.110.453.064
parrargonzalo@gmail.com
3150596666
El Agrado, Huila

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO
50 LEY 789 DE 2002

CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

El suscrito GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN identificado con C.C 1.110.453.064, certifico que me encuentro a Paz y Salvo por concepto del pago de mis obligaciones derivadas de mi afiliación con el Sistemas de Seguridad Social Integral, así como del personal a mi cargo que lo requiera.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

Dado en el Municipio de Agrado – Huila a los veintiséis días (26) días de enero de dos mil veintiséis (2026)



GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

1.110.453.064

CR 3 4 29 CENTRO

PARRARGONZALO@GMAIL.COM

3150596666

Agrado - Huila

FORMATO DECLARACION DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

Yo GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.110.453.064 bajo la gravedad de juramento declaro que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales y que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento.

Dado en el Municipio de El Agrado a los 26 del mes enero del 2026



GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
C.C 1.110.453.064
PARRARGONZALO@GMAIL.COM
3150596666
LA PLATA, HUILA

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN domiciliado en La plata, Huila identificado con C.C 1.110.453.064, de Ibagué, Tolima, Quien(es) en adelante se denominará(n) EL OFERENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCION, teniendo en cuenta las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERO: Que la entidad adelanta el presente proceso de Contratación Directa para el PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO (ZONA RURAL), DE CONFORMIDAD CON LAS DIRECTRICES IMPARTIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, en los términos prescritos en el estatuto general de Contratación y demás normas concordantes. SEGUNDO: Que es interés del oferente apoyar la acción del estado colombiano y de la Entidad, para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas; CLAUSULAS CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS. El Proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos: 1) El Proponente no ofrecerá ni dará sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de selección, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de la misma, así como no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre; 2) El Proponente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del proceso de selección referido. ----CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. El Proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la Convocatoria, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de El Agrado a los 26 (veintiséis) días del mes de enero del 2026 (dos mil veintiséis)



GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
C.C 1.110.453.064
PARRARGONZALO@GMAIL.COM
3150596666
EL AGRADO, HUILA



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PARRA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROLDAN		NOMBRES GONZALO ANDRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1110453064		GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 1110453064		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 27 MES 10 AÑO 1986 PAÍS COLOMBIA DEPTO CÓRDOBA MUNICIPIO MONTERÍA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 5A 7 58 PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO IBAGUÉ TELÉFONO 3150596666 EMAIL parrargonzalo@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	02	2012	731950/2013

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLÉS		X			X			X	

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA															
DEPARTAMENTO HUILA				MUNICIPIO LA PLATA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD													
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO													
				Día		22		Mes		08		Año		2025		Día		31		Mes		12	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA- MEDICO PYP						DIRECCIÓN CARRERA 4 9 103													

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA DE NATAGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA			MUNICIPIO NÁTAGA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE MEDICINA						DIRECCIÓN AVENIDA null null null circunvalar salida la plata					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA		MUNICIPIO LA PLATA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3150596666		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	24	Mes	04	Año	2025	Día	24	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		DEPENDENCIA AREA DE MEDICINA						DIRECCIÓN CARRERA 4 9 103					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA		MUNICIPIO PAICOL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2024	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO EQUIPO BASICO DE SALUD		DEPENDENCIA AREA RURAL						DIRECCIÓN CALLE 3 null null CARRERA 7					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA TERESA - TESALIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA		MUNICIPIO TESALIA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO EQUIPO BASICO DE SALUD		DEPENDENCIA AREA RURAL						DIRECCIÓN CALLE 4 4 38					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	09	Mes	05	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO		DEPENDENCIA MEDICO						DIRECCIÓN CALLE 9 39 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	20	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE MEDICO		DEPENDENCIA AREA DE SOPORTE						DIRECCIÓN AVENIDA 26 51 29					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	12	Mes	01	Año	2023	Día	30	Mes	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 9 39 46				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	03	Año	2019	Día	30	Mes	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN AVENIDA 8 24 01				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	28	Mes	06	Año	2012	Día	27	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA MEDICO					DIRECCIÓN AVENIDA 8 24 01				

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 27 - 01 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PARRA ROLDAN

NUIP 1.110.453.064

Nombres
GONZALO ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
27 OCT 1986

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
MONTERIA (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
22 NOV 2004, IBAGUE

Firma

Fecha de expiración
30 DIC 2034

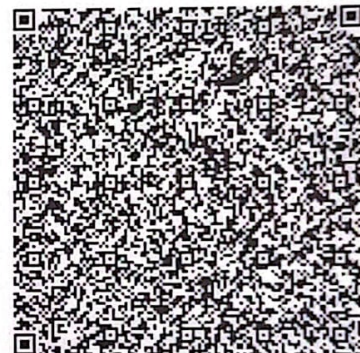
CS Escaneado con CamScanner

.CO

071375313



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL071375313629001<<<<<<<<<
8610278M3412307COL1110453064<3
PARRA<ROLDAN<<GONZALO<ANDRES<<

CS Escaneado con CamScanner

Tipo de declaración **PERIÓDICO** Fecha de publicación **2026-01-26 17:27**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GONZALO	ANDRES	PARRA	ROLDAN

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1110453064

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento CÓRDOBA	Municipio MONTERÍA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento HUILA	Municipio LA PLATA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN ANTONIO DE HUILA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento HUILA	Municipio AGRADO
Dirección	["Calle 5 # 1-31"]	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$82.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$82.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$400.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO VEHICULO	\$14.000.000,00
CREDITO BANCO	\$11.000.000,00
CREDITO HIPOTECARIO	\$214.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS


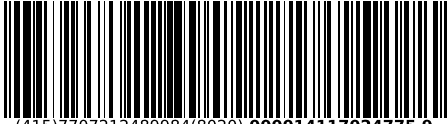
Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

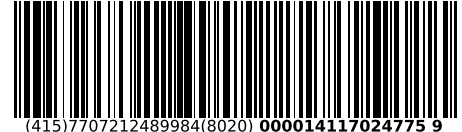
--

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141170247759			
				 (415)7707212489984(8020) 000014117024775 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 1 0 4 5 3 0 6 4		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué		14. Buzón electrónico 9	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 1 1 0 4 5 3 0 6 4			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Tolima 1 6 9		30. Ciudad/Municipio Ibagué 7 3		0 0 1	
31. Primer apellido PARRA		32. Segundo apellido ROLDAN		33. Primer nombre GONZALO		34. Otros nombres ANDRES	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Tolima 1 6 9		40. Ciudad/Municipio Ibagué 7 3		0 0 1	
41. Dirección principal CR 5 A 7 58 BRR LA POLA							
42. Correo electrónico parrargonzalo@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 5 0 5 9 6 6 6			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 2 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 6 1 6	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código 2 2 2 1		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 2 2							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI X NO				60. No. de Folios: 4			
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre RODRIGUEZ HERNANDEZ ANDRES DARIO 985. Cargo Analista IV			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141170247759



(415)7707212489984(8020) 000014117024775 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 1 0 4 5 3 0 6 4 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1
162. Nombre del establecimiento DOS HERMANOS	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1
165. Dirección AV AMBALA 36 A 32 BL 1 LC 4 MULTIFAMILIARES RINCON DE AMBALA BRR AMBALA	
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 7 1 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 2 1 1 0 8
168. Teléfono 3 1 8 3 1 8 1 2 1 7	169. Fecha de cierre 2 0 2 5 0 3 3 1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO

1110453064

APELLIDOS Y NOMBRES

PARRA ROLDAN

GONZALO ANDRES

PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA
31 - DIC

2ª LINEA
31 - DIC

3ª LINEA
31 - DIC

2016

2026

2036

PROFESIÓN


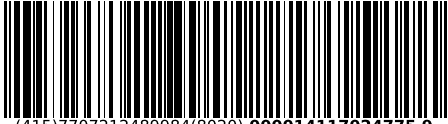
BACHILLER

FECHA DE EXP.:

28-NOV-2008



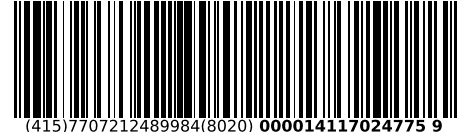
COTE DE DISTRITO

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141170247759			
		 (415)7707212489984(8020) 000014117024775 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1110453064		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué	
14. Buzón electrónico 9					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 1110453064	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Tolima 73		30. Ciudad/Municipio Ibagué 001	
31. Primer apellido PARRA		32. Segundo apellido ROLDAN		33. Primer nombre GONZALO	
34. Otros nombres ANDRES					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Tolima 73		40. Ciudad/Municipio Ibagué 001	
41. Dirección principal CR 5 A 7 58 BRR LA POLA					
42. Correo electrónico parrargonzalo@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 315059666		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal 46. Código 8621 47. Fecha inicio actividad 20230616		Actividad secundaria 48. Código 49. Fecha inicio actividad		Otras actividades 50. Código 1 2	
51. Código 2221		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 522					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI X NO					
60. No. de Folios: 4					
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre RODRIGUEZ HERNANDEZ ANDRES DARIO					
985. Cargo Analista IV					

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141170247759



(415)7707212489984(8020) 000014117024775 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 1 0 4 5 3 0 6 4

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci	0 2	161. Actividad económica Expendio a la mesa de comidas preparadas	5 6 1 1
162. Nombre del establecimiento DOS HERMANOS			
163. Departamento Tolima	7 3	164. Ciudad/Municipio Ibagué	0 0 1
165. Dirección AV AMBALA 36 A 32 BL 1 LC 4 MULTIFAMILIARES RINCON DE AMBALA BRR AMBALA			
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 7 1 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 2 1 1 0 8		
168. Teléfono 3 1 8 3 1 8 1 2 1 7	169. Fecha de cierre 2 0 2 5 0 3 3 1		
160. Tipo de establecimiento			
161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento			
163. Departamento			
164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección			
166. Número de matrícula mercantil			
167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono			
169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento			
161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento:			
163. Departamento			
164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección			
166. Número de matrícula mercantil			
167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono			
169. Fecha de cierre			

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 26 de enero de 2026, a las 11:01:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110453064
Código de Verificación	1110453064260126110142

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289891208



PIB

11:03:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110453064:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:04:17 AM horas del 26/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1110453064**

Apellidos y Nombres: **PARRA ROLDAN GONZALO ANDRES**

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.

[Volver al Inicio](#)



Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.

Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co





Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano


La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/01/2026 11:05:47 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1110453064** y Nombre: **GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **133462659**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



GOV.CO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Gonzalo Andres Parra Roldan, identificado(a) con CC número 1110453064, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1110453064
NOMBRES Y APELLIDOS	Gonzalo Andres Parra Roldan
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/10/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	5 Tiene Derecho A Urgencias
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	15 - Proteccion Laboral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/12/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	121 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	23/04/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1110453064 GONZALO ANDRES
PARRA ROLDAN Desde 01/01/2023 Hasta 31/12/2025

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.453.064**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CERTIFICADO

**NATAGA, HUILA,
COLOMBIA,
A quien interese**

22/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GONZALO PARRA ROLDAN**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1110453064**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488455048949
Fecha de apertura	03/09/2025

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0

Suscripciones

0

En edición

0

Adjudicaciones pendientes

0

Invitaciones directas

0

Nuevos informes

0

Mensajes

Última Actualización

Sugerencias SECOP

Mantenimiento en SECOP II

Desde Domingo 25 de enero a la 03:00 a. m.

Hasta Domingo 25 de enero a las 01:00 p. m.

Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información .

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

Más información .

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#)

Español (Colombi:

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

	 Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 001107 del 10 de Mayo del 2021 Cod Prestador: 730010214601	CÓDIGO: RG-CALI-1
		Versión: 01
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL INGRESO		Página 1 de 1

Fecha: 2025-03-28

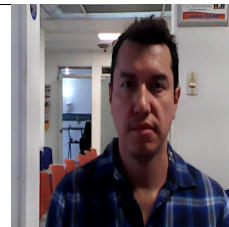
SIIPS Web 5.0.0

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULARES
 Cargo: CONTRATISTA Ciudad: IBAGUE

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: PARRA ROLDAN GONZALO ANDRES
 Documento Identidad: CC 1110453064
 Fecha de Nacimiento: 1986-10-27
 Sexo: M
 Estado Civil: Soltero
 ARL:
 Fecha de Nacimiento: 1986-10-27
 Dirección: CRA 5A No.7-58 LA POLA
 Teléfono: 3150596666



EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	Si		
VISIOMETRIA:	Si	ESPIROMETRIA:	No
AUDIOMETRIA:	Si	LABORATORIOS:	No
OPTOMETRIA:	No	OTROS EXAMENES:	No

CALIFICACION DE APTITUD

CONCEPTO MEDICO:

Apto sin evidencia de alteración en salud

Observaciones: Trabajador que a la evaluación física no presenta alteraciones que le limiten o impidan ejecutar las tareas propias de la labor de MEDICO

RECOMENDACIONES:

- * Capacitación en ejecución segura de sus tareas
- * Hábitos de estilo de vida saludable
- * Autocuidado
- * Ergonomía (higiene postural)
- * Pausas activas
- * Uso de EPP (Elementos de Protección Personal)
- * Uso de corrección óptica

Recomendación: ADECUADA HIDRATACION.
 USO DE PROTECTOR SOLAR Y USO DE LENTES DE SOL CON FILTRO UV.

DECLARACION DEL TRABAJADOR: He sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, específicamente la RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 9no: personal responsable de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales. Además de la RESOLUCION 1918 de 2009 Artículo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Certifico que las respuestas dadas por mí en éste examen son verídicas y completas y autorizo a Empresa BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL S.A.S., a realizar el Exámen Médico Ocupacional y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la empresa PARTICULARES la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo quien ejercerá vigilancia y control sobre la misma, bajo los más estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.

RODRIGUEZ GARZON FANNY
 Licencia: REG 73 952 1999 RES 2341 24/03/23
 MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

PARRA ROLDAN GONZALO ANDRES
 CC 1110453064

Carrera 5ta No.37-24
 Teléfonos 3176577620
 mail: biocentersaludocupacional@gmail.com

	 Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 001107 del 10 de Mayo del 2021 Cod Prestador: 730010214601	CÓDIGO: AU-DIO
		Versión: 1
		Vigente desde: Febrero del 2021
		Página 1 de 2

Fecha: 2025-03-31 08:12:00

SIIPS Web 5.0.0

Exámen de Audiometría Ocupacional

Paciente: CC 1110453064

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Cargo:	CONTRATISTA	Ciudad:	IBAGUE
Empresa contratante:	PARTICULARES		
Admisión:	1-44792		
Fecha de Admisión:	2025-03-28	Hora de Admisión:	11:09:00
Fecha de Nacimiento:	1986-10-27	Edad:	38 Años 5 Meses 4 Días
Dirección:	CRA 5A No.7-58 LA POLA	Teléfono:	3150596666
Victima de Violencia Sexual:	SD		
Empresa:	PARTICULARES	Tipo Exámen:	Ingreso
Cargo:	CONTRATISTA	Antigüedad:	
		Reposo Auditivo:	NA

Motivo de consulta *****

Enfermedad Actual *****

Antecedentes

Ant. Personales: No refiere

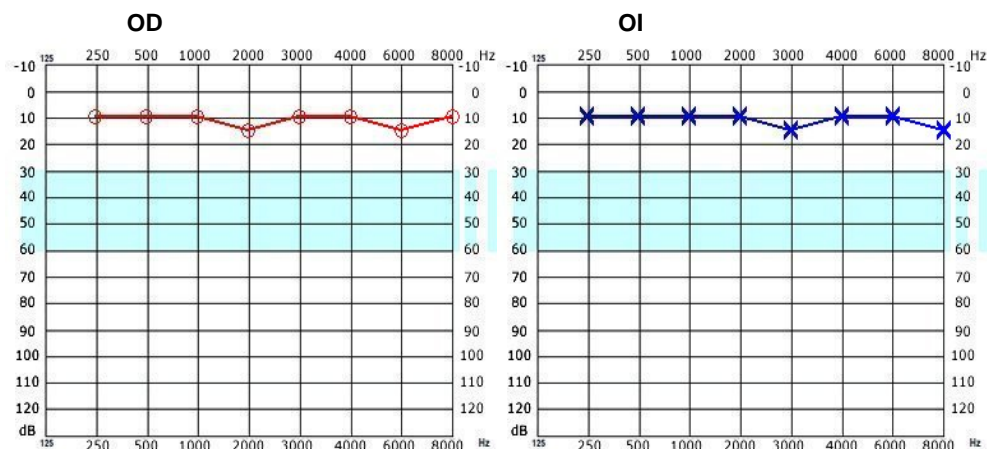
Ant. Familiares: HTA: No Refiere - Diabetes: No Refiere

OTOSCOPIA

Oído Derecho: NORMAL

Oído Izquierdo: NORMAL

Hz	OD	OI
250	10	10
500	10	10
1000	10	10
2000	15	10
3000	10	15
4000	10	10
6000	15	10
8000	10	15



Dx Audiométrico Ocupacional:

Diagnóstico	OD	OI	Bilateral
Audición normal			Si

Diagnósticos:

Dx: Z011-EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Observaciones Dx: AUDICIÓN BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES A LA FECHA

Recomendaciones:

Consulta según PVE

EPP auditivo según PVE

Reposo auditivo extralaboral

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado sobre las limitaciones, beneficios, riesgos y acepto la realización de la audiometría, así mismo autorizo a la entidad y sus profesionales de salud para el manejo de la información aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las características estadísticas de Diagnóstico en condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo descrito en el consentimiento informado y de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

	<p align="center">BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL</p> <p align="center">Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 001107 del 10 de Mayo del 2021 Cod Prestador: 730010214601</p>	CÓDIGO: AU-DIO
		Versión: 1
		Vigente desde: Febrero del 2021
		Página 2 de 2

Fecha: 2025-03-31 08:12:00

SIIPS Web 5.0.0

Exámen de Audiometría Ocupacional

Paciente: CC 1110453064

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

RODRIGUEZ DULCEY PAOLA ANDREA

PARRA ROLDAN GONZALO ANDRES

Reg.: 2376 Area: AUDIOMETRIA

	 Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 001107 del 10 de Mayo del 2021 Cod Prestador: 730010214601	CÓDIGO: VI-SIO
		Versión: 1
		Vigente desde: Febrero del 2021
		Página 1 de 2

Fecha: 2025-03-31 07:59:00

SIIPS Web 5.0.0

Exámen de Visiometría

Paciente: CC 1110453064

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Cargo:	MEDICO EQUIPOS BASICOS EN SALUD	Ciudad:	IBAGUE
Empresa contratante:	PARTICULARES		
Admisión:	1-44792		
Fecha de Nacimiento:	1986-10-27	Edad:	38 Años 5 Meses 4 Dias
Dirección:	CRA 5A No.7-58 LA POLA	Sexo:	Masculino
Ocupación:		Teléfono:	3150596666
Educación:	PROFESIONAL	Estado Civil:	Soltero
		Población:	NO APLICA
Fecha y hora de atención:	2025-03-31 a las 07:59:00		
Victima de Violencia Sexual:	SD		
Motivo de consulta	EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL		
Enfermedad Actual	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR		

Tipo Exámen: Ingreso

Antigüedad de la empresa:

Antigüedad en el oficio:

ANTECEDENTES

Item	Si/No	Acumulado Años	Uso Protección Visual
Exposición a riesgos ocupacionales en la empresa actual y/o anterior	No		
Químicos (humos, gases, vapores, polvos)	No		
Radiación (ultravioleta, infrarojo, rx, hornos)	No		
Mecánicos (proyección de partículas)	No		
Uso video terminales	No		
Trabajo de Precisión Visual	No		
Iluminación	Normal		

ANTECEDENTES

Item	Si	No	Cual
Enfermedades		X	
Tratamientos		X	
Medicamentos		X	
Sintomatología		X	
Ocular			
Patología Ocular		X	
Cirugía Ocular		X	
Problemas/Refracción	X		HIPERMETROPIA
Usa corrección	X		ANTEOJOS

VALORACIÓN FÍSICA

Item	Ojo	Con Anteojos	Sin Anteojos
Agudeza visual de Lejos	OD	20/20	
	OI	20/20	
Agudeza visual de cerca	OD	05M	
	OI	05M	
Hallazgos segmento anterior	OD	NORMAL	
	OI	NORMAL	
Balance muscular		ORTHO X	
Visión periférica	OD	NORMAL	
	OI	NORMAL	
Visión Profundidad		40SEG	
Visión de Colores		NORMAL	

Tipo de corrección: Gafas

Exámen Disposición: HIPERMETROPIA

REQUIERE USO DE ANTEOJOS PARA ESFUERZO VISUAL

CONTROL ANUAL

Diagnósticos:

Dx: H520-HIPERMETROPIA

Plan y Recomendaciones

Control Periódico: **Si** Higiene Visual:

Si Opción 24

No

Teléfonos 3176577620

mail: biocentersaludocupacional@gmail.com

	<p>BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL</p> <p>Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 001107 del 10 de Mayo del 2021 Cod Prestador: 730010214601</p>	CÓDIGO: VI-SIO
		Versión: 1
		Vigente desde: Febrero del 2021
		Página 2 de 2

Fecha: 2025-03-31 07:59:00

SIIPS Web 5.0.0

Exámen de Visiometría

Paciente: CC 1110453064

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

Protección Ocular:

No

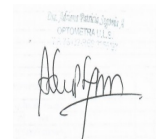
Optometría:

Si

Oftalmología:

No

SEGOVIA ALMANZA ADRIANA PATRICIA Reg.: 3356/97 Area: OPTOMETRIA OCUPACIONAL 65753985



DECLARACION DE LA NO EXISTENCIA DE CONFLICTO DE INTERÉS

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN identificado con cedula de ciudadanía N° 1.110.453.064 bajo la gravedad de juramento, declaro que conozco y entiendo las posibles situaciones – causales de conflicto de interés y doy fe de que NO tengo afiliación o relación causal de conflicto de interés que pueda impedirme contratar con E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA.

Para constancia se firma a los 26 (veintiséis) días del mes de enero del 2026 (dos mil veintiséis)

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
C.C 1.110.453.064
PARRARGONZALO@GMAIL.COM
3150596666
EL AGRADO, HUILA



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C111045306400299858

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN**, identificado(a) con C.C. No. 1110453064 y T.P. o R.M. No. 73 1950/2013 del(a) Secretaría de Salud de Tolima, 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 lunes 26 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).



HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org

 **PROSPERIDAD PARA TODOS**

Identificación Única del Talento Humano en Salud

Registro No. 73 1950/2014

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

C.C. o C.E. 1110453064

Institución de Educación U. DE MANIZALES


Ciudad MANIZALES

Código 81710/11

Fecha de Expedición 09/05/2014

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1435 DE 1992 Y 4197 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL ORIGINADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.



En nombre de la República de Colombia,
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional



UNIVERSIDAD DE
MANIZALES



Reconocida por Resolución N° 2317 del 7 de abril de 1992

confiere a:

Gonzalo Andrés Parra Roldán

Identificado(a) con C.C. 1.110.453.064 de Ibagué

el título de:

Médico

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma
en la ciudad de Manizales, Caldas, a los 8 días del mes de Marzo de 2012

Rector

Decano

Vicerrector

Secretario General

Acta de Grado

Acta de Grado No. 16655



Facultad de Ciencias de la Salud


En la ciudad de Manizales a los ocho (8) días del mes de marzo del año dos mil doce (2012), **La Universidad de Manizales**, realizó Ceremonia de Grado presidida por los directivos de la Institución, con el fin de conferir el título de **MÉDICO(A)** al egresado (a) **GONZALO ANDRÉS PARRA ROLDAN**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.110.453.064 expedida en Ibagué. La rectoría de conformidad con la Resolución No. G-058 del 8 de marzo de 2012, aprobó el mencionado título.


Tomados los juramentos de rigor, el señor Rector le hizo entrega del diploma registrado en el folio No. 276 del Libro No. 10.


El graduado(a) cumplió con los requisitos exigidos para el otorgamiento del título Profesional.

Se firma la presente Acta en la ciudad de Manizales, a los ocho (8) días del mes de marzo del año dos mil doce (2012).


Guillermo Orlando Sierra Sierra
Rector


Genaro Morales Parra
Decano (e)


Jorge Iván Jurado Salgado
Vicerrector


César Augusto Botero Muñoz
Secretario General



170-08-01-043-2026.

EL LÍDER DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO “SAN SEBASTIAN” DE LA PLATA HUILA

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que el profesional GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.110.453.064 de Ibagué Tolima, prestó sus servicios en esta institución, mediante Contrato de Prestación de Servicios en los siguientes periodos de tiempo:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 97 de 2025.

CONTRATISTA: GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
CONTRATANTE: ESE SAN SEBASTIAN.

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales de medicina para la conformación y operación de los equipos básicos en salud de LA E.S.E SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA (zona rural), de conformidad con las directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

FECHA: 25 de abril de 2025.
DURACION: Tres (03) meses
TERMINO: 24 de julio de 2025

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 318 de 2025.

CONTRATISTA: GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
CONTRATANTE: ESE SAN SEBASTIAN.

Carrera 4 No. 9-103 Telefono 3132925130

esesansebastianph.gov.co

esesansebastianph@esesansebastianph.gov.co



OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales de medicina para la conformación y operación de los equipos básicos en salud de LA E.S.E SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA (zona rural), de conformidad con las directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

FECHA: 26 de agosto de 2025.
DURACION: Un (01) mes
TERMINO: 25 de septiembre de 2025

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 398 de 2025.

CONTRATISTA: GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
CONTRATANTE: ESE SAN SEBASTIAN.

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales de medicina para la conformación y operación de los equipos básicos en salud de LA E.S.E SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA (zona rural), de conformidad con las directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

FECHA: 1 de octubre de 2025.
DURACION: Tres (03) meses
TERMINO: 30 de diciembre de 2025

Para constancia se firma a los veinte (20) días del mes de enero del 2026, por solicitud de la interesada para anexarlo a su hoja de vida.


MIGUEL ANTONIO TEJADA
Líder Talento Humano

Elaboro
Olga Lida Vargas Cuellar.
Aux. Activo

Carrera 4 No. 9-103 Telefono 3132925130

esesansebastianlph.gov.co

esesansebastianlph@esesansebastianlph.gov.co

 E.S.E. SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL NIT. 813.011.027-5	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	FECHA DE EMISIÓN:04/06/2020
		VERSIÓN 01 ORIGINAL
	CERTIFICADO	CÓDIGO: GTH-FO-61
		PÁGINA 1 DE 1

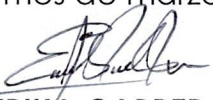
LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO LA E.S.E. SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL HUILA

CERTIFICA:

Que, **Gonzalo Andres Parra Roldan** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.110.453.064** expedida en Ibagué-Tolima, suscribió el siguiente contrato bajo la modalidad de prestación de servicios en la E.S.E Santa Rosa de Lima de Paicol – Huila.


Contrato No.	Fecha Inicio	Fecha Final	Valor	OBJETO
221	01/08/2024	30/11/2024	\$39.526.400	Prestación de servicios profesionales como médico general del programa de equipos básicos de salud, en la ejecución de los recursos de la resolución N°00001212 de 2024 expedida por el ministerio de salud y protección social, en la E.S.E. Santa Rosa de Lima Paicol Huila.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado dada en Paicol Huila los once (11) días del mes de marzo de 2025.


ERIKA CABRERA CONTA
Coordinadora de Talento Humano

Elaborado por: Coordinadora de Talento Humano	Revisado por: Gerente	Aprobado por: Gerente
Nombre: Erika Cabrera Conta	Nombre: Edna Viviana Guevara Méndez	Nombre: Edna Viviana Guevara Méndez
Firma:	Firma:	Firma:

Calle 3° carrera 7° esquina, Barrio los Almendros
E mail. ese@esesantarosadelimapaicol.gov.co
Celular: 3102194619-3227478535-3102193547
www.esesantarosadelimapaicol.gov.co

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO TESALIA- HUILA NIT: 891.103.889-6 Código IPS MS: 417970048201	Código: GR-F-06
		Versión: 02
		Página: 1 de 2

EL SUSCRITO JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA – HUILA

C E R T I F I C A:

Que el señor **GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN**, identificado con Cedula de Ciudadanía No. **1.110.453.064** del municipio de Ibagué – Departamento del Tolima, obtuvo el contrato de **EJECUCION DE ACTIVIDADES DE INDOLE ASISTENCIAL PROPIAS DEL SERVICIO EN EL AREA DE MEDICINA GENERAL PARA EL PLAN DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.**

como se indica a continuación:

NUMERO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
272	1/08/2024	31/10/2024

Cumpliendo con las siguientes funciones:

- 1) Prestar sus servicios profesionales de conformidad con el objeto contractual, los manuales de procedimientos establecidos en la institución y a lo reglamentado por la Ley y la normatividad vigente.
- 2) Coordinar las actividades referentes al programa de equipos básicos de salud, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud.
- 3) Realizar la planeación operativa del trabajo en terreno, incluyendo las visitas familiares, en cada micro territorio de los equipos básicos de salud.
- 4) Realizar la programación y organización de las visitas familiares y de las intervenciones individuales y familiares definidas en el PICP, derivado del proceso de caracterización o requeridas oportunamente.
- 5) Identificar, junto con las promotoras de salud, las rutas, vías de acceso y medios de comunicación de cada territorio, como guía para la movilidad y operación de los equipos, así como para definir los procesos de referencia, contra referencia y modalidades de prestación de servicios de salud (extramural y la telemedicina).
- 6) Planear y desarrollar el fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud territorial para el desarrollo de sus funciones.
- 7) Realizar Valoraciones individuales integrales a la población que requiera en su área correspondiente.
- 8) Agendar o gestionar directamente la garantía de las atenciones individuales para la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana y gestión de los riesgos en salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

	ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBO:
NOMBRE:	YUDY CONSTANZA MONTOYA P	CHRISTIAN ALEXIS JIMENEZ RAMIREZ	CHRISTIAN ALEXIS JIMENEZ RAMIREZ
CARGO:	TALENTO HUMANO	GERENTE	GERENTE
Dirección Calle 4 N° 4-38 Tesalia Huila Celular: 317 3677285 Correo Electrónico: esehospitaltesalia@yahoo.es			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO TESALIA- HUILA NIT: 891.103.889-6 Código IPS MS: 417970048201	Código: GR-F-06
		Versión: 02
		Página: 2 de 2

9) Realizar reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo.

10) Realizar la sistematización y el reporte de información en los registros administrativos establecidos por el Ministerio y/o la ESE los cuales incluyen la caracterización, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan, en lo correspondiente a su área.

11) Socializar los resultados de la caracterización familiar y del entorno, con las comunidades atendidas.

12) Coadyuvar a la elaboración del Informe técnico de monitoreo que la ESE debe presentar al Min salud (incluye el análisis de los indicadores obligatorios del numeral 5.1 de la RESOLUCIÓN N° 2026 DE 2023.

13) Efectuar las cotizaciones al Sistema General de Pensiones, Salud y Riesgos Laborales sobre el 40% del valor bruto facturado en forma mensualidad. En todo caso, el ingreso base de cotización de EL CONTRATISTA corresponderá al 40% del valor bruto facturado en forma mensualidad, esto es, de los honorarios o remuneración por los servicios prestados conforme a lo establecido por el inciso 1° del artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, el inciso final del artículo 23 del Decreto 1703 de 2002, el inciso 2°, del artículo 3° del Decreto 510 de 2003, la Circular 000001 del 6 de diciembre de 2004 de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social, el artículo 6° del Decreto 2800 de 2003 y demás normas que los adicionen, modifiquen, reglamenten o complementen.

14) Preservar y hacer respetar el Código de Ética de la entidad enmarcados dentro de la misión y visión de la empresa y respeto por los derechos constitucionales.

15) Devolver los bienes de inventario de propiedad de la ESE que le sean asignadas dentro de la ejecución del contrato. 16. La demás relacionadas con su área y establecidas por lineamientos del Min salud.

La presente se expide a solicitud del interesado el primer (01) día del mes de Agosto del 2024.



YUDY CONSTANZA MONTOYA P.

Coordinadora de Talento Humano

	ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBO:
NOMBRE:	YUDY CONSTANZA MONTOYA P	CHRISTIAN ALEXIS JIMENEZ RAMIREZ	CHRISTIAN ALEXIS JIMENEZ RAMIREZ
CARGO:	TALENTO HUMANO	GERENTE	GERENTE
Dirección Calle 4 N° 4-38 Tesalia Huila Celular: 317 3677285 Correo Electrónico: esehospitaltesalia@yahoo.es			

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

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN; con documento de identidad No, 1110453064 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2023	54-2023	PROFESIONAL EN MEDICINA	12/01/2023	30/04/2023	\$6633936	SUBRED
2	2023	5040-2023	PROFESIONAL EN MEDICINA	09/05/2023	31/01/2024	\$7098352	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

PROFESIONAL EN MEDICINA

1 » Contrato: 54-2023

Obligaciones:

? Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur Occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. ? Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. ? Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas. ? Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. ? Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. ? Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred. ? Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. ? Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. ? Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, antes de control. ? Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. ? Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. ? Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. ? Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. ? Garantizar la entrega oportuna de los productos de acuerdo a las solicitudes o procedimientos establecidos. ? Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. ? Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del Riesgo y de nivel central. ? Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en su componente territorial. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.

2 » Contrato: 5040-2023

Obligaciones:

1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur Occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. 2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas. 3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. 4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. 5. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. 6. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. 7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. 8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. 9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. 10. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. 11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. 12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. 13. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. 14. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano.

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los veinticinco (25) días del mes de Febrero de 2025, la cual no tiene fecha de expiración.

Atentamente,



Gabriel Ricardo Camacho Arcila
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:49:18 horas del 25/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110453064**,
Apellidos y Nombres **PARRA ROLDAN GONZALO ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO**, con NIT **891180147-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1110453064 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 26/01/2026 11:12 AM



Código Verificación: **FR1EM568PL**

Válida hasta: **26/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre

Primer Apellido

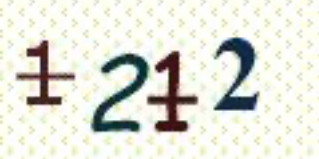
Cedula de Ciudadania

1110453064

GONZALO

PARRA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2087

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-01-26→11:16:30 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1110453064	GONZALO	ANDRES	PARRA	ROLDAN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN identificado(a) con CC 1110453064 registra La siguiente información:

2026-01-26→11:16:30 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2013-07-18	1950	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co



Login: CC1110453064
 Usuario: GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN
 Rol: Rol_Prescriptor
 Nit: 813011465
 Codigo: 414830038801
 Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA DE NATAGA

Prescripción NO UPC

Administración

Actualizar Datos

Cambiar Contraseña

Salir

ACTUALIZAR DATOS

Tipo de Documento de Identificación:

Número de Documento Identificación:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Cédula de ciudadanía

1110453064

PARRA

ROLDAN

GONZALO

ANDRES

Registro Profesional:

731950

Actualizar

[Condiciones de uso](#)

soportemipres@minsalud.gov.co



Cargando datos...

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan
CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

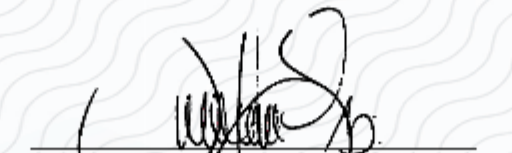


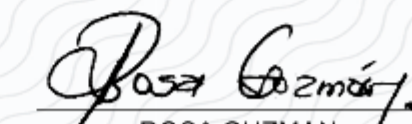
Fecha de emisión: 2024-08-06
Fecha de vencimiento: 2026-08-06



FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan
CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI
Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.


Verificación:

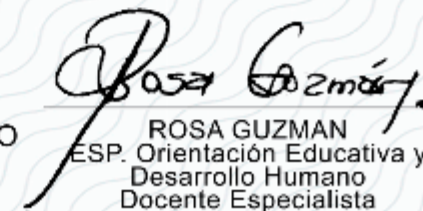


Fecha de emisión: 2026-01-24
Fecha de vencimiento: 2028-01-24

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan

CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.


Verificación:

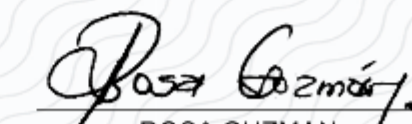


Fecha de emisión: 2024-08-10
Fecha de vencimiento: 2026-08-10

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan

CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

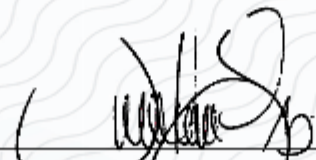


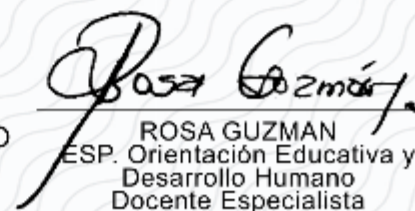
Fecha de emisión: 2024-08-14

Fecha de vencimiento: 2026-08-14

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan
CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.


Verificación:

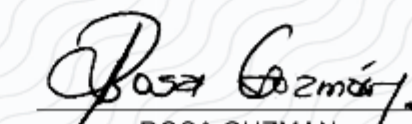


Fecha de emisión: 2024-08-12
Fecha de vencimiento: 2026-08-12

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Gonzalo Andres Parra Roldan

CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial
con un total de 100 Horas.


Fecha de emisión: 2024-07-21
Fecha de vencimiento: 2026-07-21




verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



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



DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan
CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Gestión y Manejo de Residuos Peligrosos y Biológicos Hospitalarios con un total de 60 Horas.

Verificación:




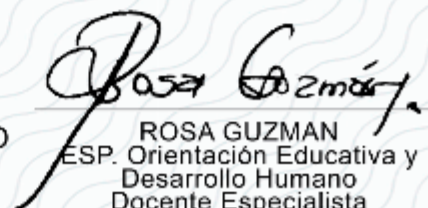
Fecha de emisión: 2026-01-22

Fecha de vencimiento: 2028-01-22

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Gonzalo Andres Parra Roldan
CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.


Fecha de emisión: 2024-07-23
Fecha de vencimiento: 2026-07-23




verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



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



DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan

CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST
con un total de 50 Horas.

Verificación:

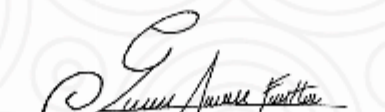


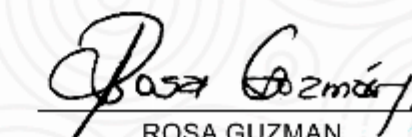
Fecha de emisión: 2026-01-26

Fecha de vencimiento: 2028-01-26

**FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co


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


GINA ALEXANDRA FALLA
Director Administrativo


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:
Gonzalo Andres Parra Roldan

CC 1110453064 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción
con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-01-20

Fecha de vencimiento: 2028-01-20



FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA


verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co



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



GINA ALEXANDRA FALLA
Director Administrativo



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: chcd1179-75ed-4bc8-8de4-1d8aac5490d6

Nombres y apellidos / Full name

GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 1 0 4 5 3 0 6 4

Fecha de nacimiento / Date of birth

27/10/1986

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3183181217

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

[illegible]

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAWEB**, according to the Wide **Program of Immunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

 <p>"De la mano de Dios y Unidos Por la Salud"</p>	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO HUILA NIT No. 891.180.147- 8	CÓDIGO: AP-FOR-005
	MACROPROCESO: APOYO	FECHA: 12/03/2025
	CERTIFICADO DE NO DISPONIBILIDAD DE PERSONAL	VERSIÓN: 2

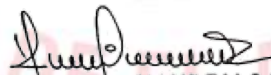
**LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E HOSPITAL
MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA**

CERTIFICA:

Que en la planta de personal de la respectiva E.S.E NO existen funcionarios que tengan dentro de su Manual de Funciones, la de:


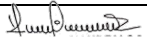

“ PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE INDOLE ASISTENCIAL DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD - TIPO RURAL, EN EJECUCIÓN DEL PROYECTO RESPECTIVO QUE ADELANTARÁ LA ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA. ”

Se expide en el municipio de El Agrado Huila a solicitud del interesado a los **veintisiete (27) días del mes de enero del dos mil veintiséis (2026)**



MARIA NANCY URRIAGO O.

Técnico Administrativo/Jefe de Recursos Humanos
E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA

Elaborado Por: Reinel Quimbaya Hernández	Revisado Por: : Maria Nancy Urriago O.	Aprobado Por: Maria Nancy Urriago O
Cargo: Contratista Asesor Jurídico	Cargo: Tec. Adtivo – Jefe Recursos Hum	Cargo: Tec. Adtivo – Jefe Recursos Hum
Firma: 	Firma: 	Firma: 

Dirección: Calle 5 No. 1-31 Barrio Chimbayaco Agrado Huila,
Teléfono: 832 22 25 Ext. 105

Correo Electrónico: gerencia@eseagrado-huila.gov.co
¡De la mano de DIOS y UNIDOS por la SALUD!





"De la Mano de Dios y Unidos Por La Salud"

E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA

NIT 891.180.147-8

CODIGO: AP-FOR-017

FECHA 12/03/2025

VERSIÓN 2

CONTRATISTA: GONZALO ANDRES PARRA ROLDAN

NIT O CC: CC 1110453064 de Ibagué Tolima

CONTRATO No: 030-2026

VR MES HONOR \$ 11.550.000

FECHA INICIO CTO 4/02/2026

FECHA TER CTO 30/03/2026

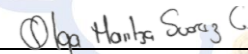
MESES CTO 0

DÍAS CTO 55




VALOR TOTAL CT: \$ 21.175.000

VR DIA HONO \$ 385.000,0000

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL					FLUJO DE PAGO MENSUAL - SE REGISTRA EL VALOR EN EL MES QUE SE PROYECTA HACER EFECTIVO EL PAGO													
ITEM	CDP	IDENTIFICADOR	DEPENDENCIA DE GASTO	VALOR A EJECUTAR	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			TOTAL FLUJO	SALDO
1	55	2.4.5.02.09	1.2.1.0.00	\$ 21.175.000	\$ 9.625.000	\$ 11.550.000											\$ 21.175.000	\$ 0,00
TOTAL				\$ 21.175.000	\$ 9.625.000	\$ 11.550.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 21.175.000	\$ -


OLGA MARITZA SUAREZ CORTES

GERENTE ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE EL AGRADO HUILA

Elaborado Por: REINEL QUIMBAYA H	Revisado Por: REINEL QUIMBAYA H.	Aprobado Por: OLGA MARITZA SUAREZ CORTES
Cargo: Abogado Contratista	Cargo: Abogado Contratista	Cargo: Gerente
Firma: 	Firma: 	Firma: 

Dirección: Calle 5 No. 1-31 Barrio Chimbayaco Agrado Huila, Teléfono: 832 22 25 Ext. 105

Correo Electrónico: gerencia@eseagrado-huila.gov.co

¡De la mano de DIOS y UNIDOS por la SALUD!