

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensa

Sugerencias SECOP

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios parar atender la emergencia del COVID-19.
Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las entidades estatales.
Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de factura electrónica a partir de Diciembre 2020,
sí usted proveedor persona natural o jurídica está obligado a facturar electrónicamente,
por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT/Cédula)
registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.
Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el digito de verificación.
Para esto ingrese a la opción configuración Entidad Estatal/Proveedor y actualice la información.

Mensajes

Sin mensajes…

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PARADA	DUARTE	ELIANA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53117660

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES AGO AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Transversal 35 #33b 10 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3874696

EMAIL elianapaolap@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2003
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	12	X		MEDICINA	11	2011	251814

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Clinica Azul		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	elianapaolap@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5938111	DIA 23 MES 11 AÑO 2020	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico General	urgencias	transversal 35 numero 32 b 10 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
cruz roja		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	elianapaolap@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7460909	DIA 16 MES 1 AÑO 2017	DIA 26 MES 11 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico General	urgencias	transversal 35 numero 32 b 10 sur

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	4	1
Pública	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Total	4	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ELIANA PAOLA PARADA DUARTE

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 53117660 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Transversal 35 #33b 10 sur **Teléfonos** 3125572620 3874696

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MYRIAM MERCEDES DUARTE DE PARADA	41518889	Madre
JUAN CAMILO CORTES PARADA	1000248047	Hijo(a)
SARAH VALERIA PINILLA PARADA	1031542887	Hijo(a)
RODOLFO PARADA PEREZ	17132286	Padre

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 4.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 3.750.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 3.500.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 11.650.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	005244264	SUBA	$ 3.500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	HFS893	$ 80.000.000,00
Vehiculo	NDS230	$ 27.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

SUFI	PRESTAMO DE LIBRE INVERSION	$ 18.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JAIME SAUL PINILLA FONSECA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	80722243

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 18 de 12 de 2020

Cordialmente,

C.C. 53.117.660

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Cumplir mis funciones establecidas al cargo, mantener confidencialidad y responsabilidad en desarrollar mi trabajo.

Nombre: Eliana Paola Parada Duarte

Documento: 53.117.660

Cargo: Medico General

Fecha: 18/12/2020

La República de Colombia
y en su nombre el

Gimnasio Granadino

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 1124 del 17 de Abril de 1969

Confiere a:

Eliana Paola Parada Duarte

C.C. 53.117.660 de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

GIMNASIO GRANADINO
NON SCHOLAE SED VITAE DISCIMUS

Luis Ramón Ayala Barrera
Rector
C.C. 13.346.023 de Pamplona

Angela Socorro Rodríguez
Secretaria
C.C. 27.783.888 de Pamplona

Dado en Bogotá, D.C. a 05 de Diciembre de 2003

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

Fise

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Institución Universitaria con Personería Jurídica 2105 del 29 Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

ESCUELA DE MEDICINA

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

Teniendo en cuenta que:

Eliana Paola Parada Duarte

C.C. 53.117.660 de Bogotá, D.C.

culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos establecidos por la Fundación y los demás exigidos por la ley, le confiere el título de:

Médico y Cirujano General

Código 27074610000110011100

y le otorga el presente Diploma que le acredita como tal, refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.

Bogotá, D.C. Diciembre 10 de 2011

No. 5463

Rector | *Decano* | *Secretario General*

Registrado: Libro 1 Folio 79
Bogotá, D.C. Diciembre 10 de 2011

PREDI

Escaneado con CamScanner

Grupo SaludCoop

GESTION Administrativa IAC
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE NÓMINA PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **53117660**, labora en la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **13 de julio de 2012**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el cargo de **MEDICO GENERAL**, con una asignación salarial mensual de **Dos millones quinientos veintiocho mil novecientos Pesos M\cte *****($ 2.528.900,00)**.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 02 días del mes de noviembre de 2012.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra linea de atencion número (091) 6466930, línea 018000112119 o en la Calle 73 No. 11-66 Piso 3 Bogota DC.

NO

LUZ DARY CAICEDO SÁNCHEZ
IAC Gestión Administrativa
Outsourcing de Nómina

NOTA: Firma válida únicamente para certificaciones vía WEB.

Escaneado con CamScanner

emermédica
SAP

EMERMÉDICA S.A.
NIT.: 800.126.785-7

CERTIFICA QUE:

El señor(a) PARADA DUARTE ELIANA PAOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 53117660, fue empleado de Emermédica S.A. desde el 19 de Abril de 2012 hasta el 2 de Febrero de 2014.

Quien estuvo vinculado a través de un contrato de trabajo a término indefinido bajo la modalidad de salario ordinario y ocupando el cargo de Medico.

Expedido en Bogotá, D.C., a solicitud del interesado, al 2 de Febrero de 2014

Atentamente,

REINA MILENA GUZMAN
Directora Departamento Recursos Humanos
Emermédica S.A.

cc: Archivo personal

2002-582

Escaneado con CamScanner

GTH.0109.18

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

CERTIFICA QUE

PARADA DUARTE ELIANA PAOLA, identificada con cédula de ciudadanía 53.117.660 de Bogotá, tiene suscrito con la Institución un contrato a Término fijo, desde el 16 de Enero de 2017 desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL con una asignación básica mensual de Tres Millones Quinientos Mil Pesos ($3´500.000.oo) Moneda Corriente, adicionalmente percibe por concepto de Auxilio de Movilización NO constitutivo de salario Ochocientos Cincuenta Mil Pesos ($850.000.oo) Moneda Corriente.

Esta certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado, dirigida a quien pueda interesar, a los Dos (02) días del mes de Febrero del año dos mil dieciocho (2018).

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá
NIT. 860.070.301-1
DIRECCIÓN GESTIÓN HUMANA

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO
Director Gestion del Talento Humano

Diego G.

Escaneado con CamScanner

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 449

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 10 del mes de Diciembre de 2011, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano, CARMEN ALICIA ESPINOSA DE DIAZ Directora del Departamento Jurídico y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.----------

en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. **1807**, otorgado por el **ICFES**, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. **1494** del 26 de Marzo de 2008, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de.

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. **53.117.660 de Bogotá, D.C.**, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. **5463** que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de 2011.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 449

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 10 de Mes de Diciembre de 2011, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano, CARMEN ALICIA ESPINOSA DE DIAZ Directora del Departamento Jurídico y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.----------

en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. **1807**, otorgado por el **ICFES**, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. **1494** del 26 de Marzo de 2008, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. **53.117.660 de Bogotá, D.C.**, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. **5463** que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los diez (10) días del mes de Diciembre de 2011.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

MIAMI CHILDREN'S HOSPITAL® Global Health

46th annual Pediatric Postgraduate Course

"Perspectives in Pediatrics"

Founded by Donald H. Altman, MD

WEBCAST TRANSMISSION

Parada Duarte Eliana Paola

Has Attended and claimed 22 *hours of*
Continuing Medical Education in Pediatrics
Conducted March 7th through March 10th, 2011

The Miami Children's Hospital is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education to provide continuing medical education for physicians. The Miami Children's Hospital designates this live educational activity for a maximum of *20 AMA PRA Category 1 Credit(s)™*. Physicians should claim only the credit commensurate with the extent of their participation in the activity.

In Recognition Whereof This Certificate is Hereby Awarded

ACADEMIA COLOMBIANA DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

Deise Granado-Villar, MD, MPH
Chief Medical Officer, Senior Vice President for Medical Academic Affairs
Chair, Pediatric Postgraduate Course

Andrea Maggioni, M.D.

Andrea Maggioni, MD
Director
Global Health

AEXMun
Asociación de Exalumnos
de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA

Certifican que

ELIANA PARADA

Asistió al **XV CONGRESO**

"50 AÑOS DE TRADICIÓN DE EXCELENCIA DE LA MEDICINA EN COLOMBIA"

PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Octubre 12, 13 y 14 de 2011
Intensidad. 27 horas

Dado en Bogotá D.C., el 14 de octubre de 2011

RODRIGO PARDO TURRIAGO

TITO TULIO ROA ROA

CARLOS AGUDELO CALDERÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE
SURAMERICA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016
de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21-542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE

Con Documento de Identidad No 53117660

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

UCIA-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
MEDELLÍN – MAYO – 17 DE 2020

Registrado en el Libro de Actas No 0020200517

CÓDIGO DE SEGURIDAD 200517S

POLITECNICO DE SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS
Rector

ESTEFANNY PORRAS
Secretaria Académica

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@politecnicodesuramerica.com,
indicando el Nro de actas con el cual se registra el mismo

ASCOFAME

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

CERTIFICA QUE

eliana parada

Con Cédula de ciudadanía 53117660 Aprobó el curso multidisciplinario de:

Entrenamiento básico en UCI con énfasis en manejo de paciente COVID 19

Con una duración de 12 horas. El presente certificado se expide el 2 de mayo de 2020

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO
Presidente Junta Directiva Ascofame

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Director Ejecutivo Ascofame

ACIN

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

Fundación Neumológica Colombiana

Anesthesia Decorum Airs S.C.A.R.E.

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

FISIOTERAPIA

ACOFAEN

Resolución No. 130420 de Ascofame que otorga 22 créditos Tipo A: Acciones formativas que privilegian el saber.

World Health Organization

HEALTH EMERGENCIES programme

Confirmación de participación

Curso corto de capacitación de la OMS para manejo clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave

ELIANA PAOLA PARADA

junio 15, 2020

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"ARRITMIAS CARDIACAS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA), EL DÍA 16 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACION 08 HORAS

TEMARIO: TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN, ARRITMIAS SUPRA VENTRICULARES, ARRITMIAS VENTRICULAR

Según Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2020 Cel.3107451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD S.A.S
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 901304824-6
MATRICULA No 03141930 DEL 19 DE JULIO DE 2019

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015 DEL M.E.N

HACE CONSTAR QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER EN GESTIÓN DEL DUELO CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDO Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DÍA 18 DE NOVIEMBRE DE 2020
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1.032.479.316
Enfermero

DANIEL MORENO
COORDINADOR

Laura Cubillos
Instructora
C.C. 1023021727

LAURA CUBILLOS
CAPACITADORA

Sede Principal Carrera 78 # 7 a -79
Barrio Castilla (Kennedy) Bogotá DC
Cel. 3057639865 – (1) 5710092 Oficina De Registros
Email scesbogota@hotmail.com

MÉDICA

C.E. A4262

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD S.A.S
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 901304824-6
MATRICULA No 03141930 DEL 19 DE JULIO DE 2019

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015 DEL M.E.N

HACE CONSTAR QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 4568 DE 2014 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2020
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1.032.479.316
Enfermería

DANIEL MORENO
COORDINADOR

Laura Cubillos
Instructora SCES
CC. 1023021727

LAURA CUBILLOS
CAPACITADORA

Sede Principal Carrera 78 # 7 a -79
Barrio Castilla (Kennedy) Bogotá DC
Cel. 3057639865 – (1) 5710092 Oficina De Registros
Email scesbogota@hotmail.com

MÉDICA

C.E. A4260

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD S.A.S
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 901304824-6
MATRICULA No 03141930 DEL 19 DE JULIO DE 2019

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD S.A.S SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015 DEL M.E.N

HACE CONSTAR QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE ASESORIA Y PRUEBA VOLUNTARIA DE VIH CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGÁDO EN BOGOTÁ EL DÍA 17 DE NOVIEMBRE DE 2020
VALIDO POR 2 (DOS) AÑOS

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD NIT. 1032479316-6

DANIEL MORENO
CAPACITADOR

Sede Principal Carrera 78 # 7 a -79
Barrio Castilla (Kennedy) Bogotá DC
Cel. 3057639865 – (1) 4242740 Oficina De Registros
Email scesbogota@hotmail.com

MÉDICA

C.E.No. A4261

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria Juan N. Corpas
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Eliana Paola Parada Duarte. en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Medico y Cirugano General.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 53.117.660

Tarjeta profesional No: 251814

Dirección de contacto: Trans 35 32B-10 Sur.

Teléfono: 3125572620

emermédica
SAP

EMERMÉDICA S.A.
NIT.: 800.126.785-7

CERTIFICA QUE:

El señor(a) PARADA DUARTE ELIANA PAOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 53117660, fue empleado de Emermédica S.A. desde el 19 de Abril de 2012 hasta el 2 de Febrero de 2014.

Quien estuvo vinculado a través de un contrato de trabajo a término indefinido bajo la modalidad de salario ordinario y ocupando el cargo de Medico.

Expedido en Bogotá, D.C., a solicitud del interesado, al 2 de Febrero de 2014

Atentamente,

emermédica SAP

REINA MILENA GUZMAN
Directora Departamento Recursos Humanos
Emermédica S.A.

cc: Archivo personal

2002-582

Grupo SaludCoop

GESTION Administrativa
NIT 900.218.782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE NÓMINA PARA

CORPORACION IPS SALUDCOOP
NIT.: 830106376

CERTIFICA

e de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) **ELIANA PAOLA RADA DUARTE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **53117660**, labora la empresa **CORPORACION IPS SALUDCOOP** desde el día **13 de julio de 2**, con contrato de trabajo a término Indefinido. En la actualidad desempeña el go de **MEDICO GENERAL**, con una asignación salarial mensual de **Dos ones quinientos veintiocho mil novecientos Pesos M\cte *****($ 28.900,00)**.

constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá ., a los 02 días del mes de noviembre de 2012.

nformación de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en stra linea de atencion número (091) 6466930, línea 018000112119 o en la Calle No. 11-66 Piso 3 Bogota DC.

LUZ DARY CAICEDO SÁNCHEZ
IAC Gestión Administrativa
Outsourcing de Nómina

NOTA: Firma válida únicamente para certificaciones vía WEB.

GTH.3047.20

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA

CERTIFICA QUE

PARADA DUARTE ELIANA PAOLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 53´117.660 de Bogotá, tuvo suscrito con la Institución un contrato a término Indefinido desde el día 16 de enero de 2017 hasta el día 25 de noviembre de 2020. El último cargo que desempeñó fue de **MEDICO URGENCIAS**.

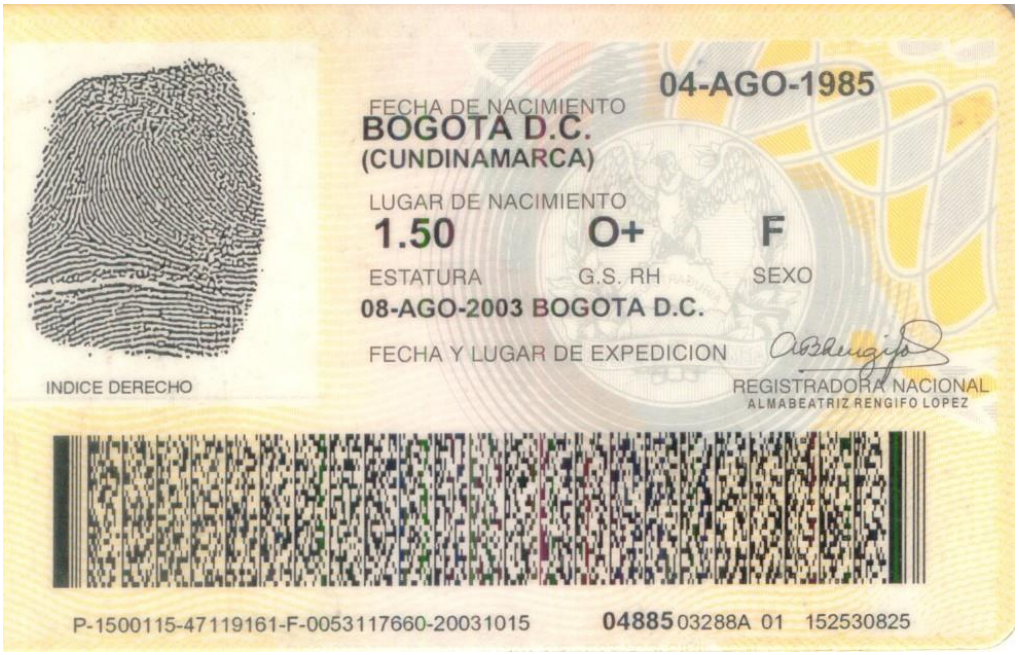
Esta certificación se expide en Bogotá D.C. a solicitud de la interesada, dirigida a quien pueda interesar, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre del año Dos Mil Veinte (2020).

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá
NIT. 860.070.301-1
DIRECCIÓN GESTIÓN HUMANA

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO
Director Gestión del Talento Humano
Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá

Copia: Hoja de Vida
Nataly M.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
53.117.660
NUMERO
PARADA DUARTE
APELLIDOS
ELIANA PAOLA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
04-AGO-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
08-AGO-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
P-1500115-47119161-F-0053117660-20031015
04885 03288A 01 152530825

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14314781915

(415)7707212489984(8020) 000001431478191 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 1 7 6 6 0	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 3 1 1 7 6 6 0	2 0 0 3 0 8 0 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARADA	DUARTE	ELIANA	PAOLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
TV 35 32 B 10 SUR BRR VILLA MAYOR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
elianapaolap@gmail.com		4 6 3 4 5 5 7	3 1 2 5 5 7 2 6 2 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 2 0 4 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

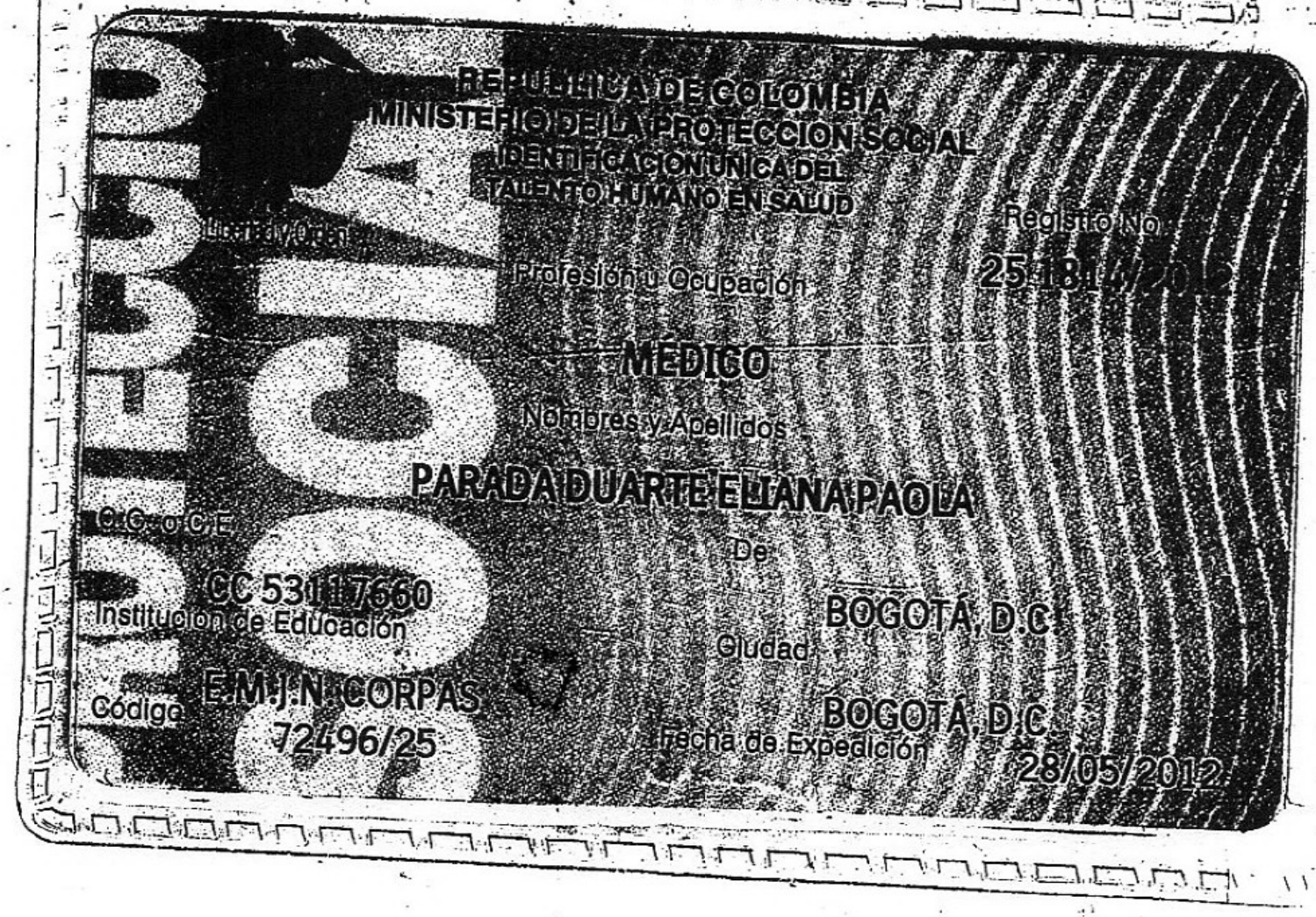
59. Anexos: SI X NO 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 4 0 9 2 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre REYES CAMARGO ERIKA ANDREA
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD
Registro No
25 18 14 2012
Profesión u Ocupación
MÉDICO
Nombres y Apellidos
PARADA DUARTE ELIANA PAOLA
De
BOGOTÁ, D.C.
Ciudad
BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Expedición
28/05/2012
C.C. o C.E.
CC 53117660
Institución de Educación
E.M.J.N. CORPAS
Código
72496/25


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
ELIANA PAOLA
PARADA DUARTE
C.C. 53117660
MEDICO(A)

GOBERNACIÓN de CUNDINAMARCA

RESOLUCIÓN No. 25-1814
10 DE ABRIL DE 2012

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, El Decreto Ley 205 de 2003 del Ministerio de Salud, Ley 1164 de 2007, Resolución 1058 de 2010 del Ministerio de la Protección Social y Resolución 5258 del 2011 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y

CONSIDERANDO

Que **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.53117660 de BOGOTA D.C.,** ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **MEDICO Y CIRUJANO GENERAL,** de acuerdo a **TITULO** que le otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS DE BOGOTA D.C., según ACTA DE GRADO 449 DE FECHA 10 DE DICIEMBRE DE 2011.**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **AL FOLIO 79 LIBRO 1 DIPLOMA 5463 DE FECHA 10 DE DICIEMBRE DE 2011** otorgado por **LA FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS DE BOGOTA D.C.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante **Resolución No.00000274 de fecha 9 de diciembre de 2011 expedida del Ministerio de Salud y Protección Social,** "Por el cual se define el procedimiento para la asignación de las plazas del servicio social obligatorio de **Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología,** en la modalidad de prestación de servicios de salud, por parte de las Direcciones Departamentales de Salud", en el artículo 10 dispone: Las Direcciones Departamentales de Salud exoneraran del cumplimiento del Servicio Social Obligatorio a los Profesionales inscritos al proceso y que no se les haya asignado plaza, siempre y cuando la respectiva profesión hayan sido asignadas la totalidad de las plazas a nivel nacional.

Que según comunicado de fecha **20 de marzo de 2012** emitido por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, del **Ministerio de Salud y Protección Social,** manifestó que las Direcciones Departamentales de Salud, debía emitir el acto administrativo de autorización del ejercicio en todo el Territorio Nacional a los Profesionales de **MEDICINA.**

Que **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE,** participó en el Sorteo efectuado en las Instalaciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. el día 20 de enero de 2012 y **NO** salió favorecido(a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede a autorizar el ejercicio de su Profesión.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.53117660 de BOGOTA D.C.,** para ejercer la profesión como **MEDICO Y CIRUJANO GENERAL** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a **10 DE ABRIL DE 2012**

ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Edgar Díaz
Reviso: Jaime Taborda

1456

BOGOTA D.C. Abril 11-2012

PRO

ares de Medicam... 1

7325

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2020-12-19→9:23:14 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	53117660	ELIANA	PAOLA	PARADA	DUARTE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talent
Salud se constató que el (la) señor(a) ELIANA PAOLA PARADA DUARTE identificado(a) con CC 53117660 registra La siguiente informaci

2020-12-19→9:23:14 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2012-04-10	1814	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información
encuentra en pr
actualización d
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
presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en t
nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único
Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso

uí para buscar

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

os los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(**RADA DUARTE**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 53.117.660 de B 51814/2012 expedida por Bogotá, curse o haya cursado proceso disciplinario ético

gotá, D. C., a los Cinco (05) días del mes de Febrero de dos mil diecinueve (2019) a so .

ENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

GAMARRA HERNÁNDEZ

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

7 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

Inmunización contra:

Influenza (Gripe) Inmunización anual

Aplicació año	Fecha programada	Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso
1º					
2º					
3º					
4º					

Difteria – Tétanos – Tos Ferina

Dosis	Fecha programada	Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso
1º					
Refuerzo		Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso

Varicela

Aplicació año	Fecha programada	Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso
1º					
2º					

Hepatitis A

Dosis	Fecha programada	Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso
1º					
Refuerzo		Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso

Hepatitis B

Aplicació año	Fecha programada	Fecha vacunación	Lote	Presión	Peso
1º		07 DIC. 2007	AHBBV264BA		
2º		15 ENE.	AHBVB264BE		
3º		04 JUL. 2012	AHBVB316AE		

HEPATITIS B REFUERZO

Hepatitis A y B

Aplicació año	Fecha programada	Fecha vacunació
1º		
2º		
3º		
Refuerzo	Fecha programada	Fecha vacunación Lote Presión Peso

Recomvax B -(20 µg/1 ml) Adult
VACCIN CONTRE L'HEPATITE B, RECOMBINA
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBI
Conserver entre/Keep between/Conservar entre
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar
Voie intramusculaire/Intramuscular
route/Vía intramuscular
Lot. No.:
Mfg. date:
Expiry da
Fab/Manuf. LG Life Sciences Ltd.
Dist. Sanofi Pasteur Ltd.
LG-RCF1[illegible]-EN-0804

Neumococo

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Presión	Peso
única				

Sarampión – Rubeola – Parotiditis

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Presión	Peso
única				

Fiebre Amarilla

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Presión	Peso
única				

Futuro sano
para su empresa

Casa de VACUNAS GlaxoSmithKline

Esquema de Vacunación Adolescentes y Adultos

...nación	Esquema	Dosis	Vía de Adm.	Refuerzo
...atitis B	0,1m, 6m ó 0, 1, 2, 12 meses	3	I.M.	No
...atitis A	0 y 6-12 meses	2	I.M.	No
...itis A + B	0, 1 y 6 meses	3	I.M.	No
...le Viral		1	S.C.	
...ricela	0, 2 meses	2	S.C	No
...a, Tétanos ...ertussis	Adolescentes	1	I.M.	Cada 10 años
...uenza	Adolescentes en contacto íntimo con personas de alto riesgo o con factores de riesgo asociado	1	I.M.	Cada año
...e Amarilla	En poblaciones de alto y mediano riesgo. En áreas no endémicas deben vacunarse los que van a salir del país	1	S.C.	Cada 10 años

Código: 07-05-VACS-78-01-PG-E-07-07

...NFORMACION:
...l Cliente: GLAXOSMITHKLINE Colombia S.A.
...Eldorado No. 91-50 Calzada Norte
... 8686 - 425 1270 Ext.: 2114 - 2104 y 3222
...tuita: 01 8000 11 4529 Linea directa 417 87 67
...eb www.casadevacunas.com.co

gsk GlaxoSmithKline

...tro de Vacunación

Futuro sano
para su empresa

Carné de Inmunización

Inmunización, protección para conservar el equilibrio de su salud

Sexo: F [X] M [ ]

Nombre: Eliana Parada Duarte

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Sangre: RH:

Empresa: CC 53117660

s	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	F
Contra Fiebre Amarilla	Unica	24 OCT 2014	K5336	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

arné es válido en Colombia
o para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

el certificado Internacional de Vacunación
e su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

OR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERI
PARA TOD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Elena
Apellidos:	Posada
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 531766
Fecha de Nacimiento:	Día 04 Mes 08 Año 1978

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : SAMU ALQUERIA

No INGRESO: 2871921 | **No ORDEN: 2019020909257**

Paciente: ELIANA PAOLA PARADA DUARTE | **Historia: 53117660**

Edad: 34 Años | Género: Femenino | Teléfono: 3125572620-0

Medico: CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL C

Fecha Hora Ingreso: 2019-02-09 12:17 | Fecha de impresion: 2019-02-09 16:02

Servicio: PARTICULAR | Cama: DR ORTIZ

Examen	Intervalo Biológico de Referencia

INMUNOLOGIA

HEPATITIS B Ac S ANTI HBS SEMI O AUTOMATIZADO		
Resultado:	Mayor 1000 UI/L	No Reactivo: Menor de 9.99 UI/L. Reactivo: Mayor o Igual a 10.0 UI/L.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Bacteriólogo: NINI JOHANNA PAEZ LOPEZ. Tp: 52410364

PARADA DUARTE ELIANA PAOLA Orden: 2019020909257

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los examenes solicitados por el y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

LABORALES SST Seguridad y Salud en el Trabajo	**CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL**	Código: Versión: 01 Páginas: 1

Fecha de realización D: 16 M: 08 A: 2019 CIUDAD: BOGOTA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1° Apellido 2° Apellido Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero	Identificación:
PARADA DUARTE ELIANA PAOLA	04 08 1985 DD MM AAAA	35	F X M ☐	CC X CE _____ N° 53.117.660
Profesión: **MEDICO GENERAL**		**Cargo al que aspira:** **MEDICO GENERAL UCI**		

2. CERTIFICADO DE APTITUD (EXAMEN DE INGRESO)

CONCEPTO	SI	NO	CONCEPTO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO QUE ASPIRA	X		NO APTO		
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFERE CON SU OFICIO			APLAZADO		
APTO CON RESTRICCIONES			(ESPECIFIQUE)		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS EXTREMAS					
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS					

LABORALES SST Seguridad y Salud en el Trabajo

3. (HAY SOSPECHA DE :)

CONCEPTO	SI	NO	ESPECIFIQUE
ACCIDENTE DE TRABAJO		X	
ENFERMEDAD PROFESIONAL		X	
ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO		X	

4. RECOMENDACIONES

1. **HIGIENE POSTURAL**
2. **PAUSAS ACTIVAS**
3. **HABITOS DE VIDA SALUDABLE**
4. **USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL**

YO, _____ identificado con CC. N ° _____ de manera libre y voluntaria autorizo a realizar el examen médico y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios. Certifico que la información es completa y acepto el manejo confidencial que se le dé a la misma. Autorizo que se suministre información a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Dra. Eliana J. Parada Duarte Medico Laboral Esp. Salud Ocupacional Universidad Del Rosario Res 4636/14	
MEDICO ESPECIALISTA **L.S.O. RES. 4636/14**	**TRABAJADOR** **FIRMA** **C.C.**

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD S.A.S
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 901304824-6
MATRICULA No 03141930 DEL 19 DE JULIO DE 2019

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015 DEL M.E.N

HACE CONSTAR QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DÍA 15 DE NOVIEMBRE DE 2020
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
C.C. 1.032.479.316
Enfermería

DANIEL MORENO
COORDINADOR

Laura Cubillos
Instructor

LAURA CUBILLOS
CAPACITADORA

Sede Principal Carrera 78 # 7 a -79
Barrio Castilla (Kennedy) Bogotá DC
Cel. 3057639865 – (1) 4242740 Oficina De Registros
Email scesbogota@hotmail.com

MÉDICA

C.E. A4259

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA PEDIATRICO Y ADULTO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 15 DE DICIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 20 HORAS,
CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION SVB –BLS DICIEMBRE 2020

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GC

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE
C.C. 53.117.660

Por su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO "BLS-ACLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA BASICA Y AVANZADA "48 HORAS"

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca)
El día 16 de Diciembre de 2018.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con Evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial (5T y 5H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y Software.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2015-2020, de acuerdo lo que exige la resolución 2003/2014 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT 900.386.743-5

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
arranquilla: Cra 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3201207
ogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Nacionales: 310 745 1759 - 018000-942270

Bogotá D.C, Diciembre 28/2020

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE E.S.E
Ciudad

ASUNTO: COMPROMISO ENTREGA DE **REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA (RIT)**

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar plazo para la entrega del **REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT,** ya que por motivos de PANDEMIA, es difícil realizar dicho tramite por la demanda de asignacion de citas en los CAD autorizados para prestar este servicio. Comprometiéndose al pasar esta pandemia hago entrega de dicho documento.

Gracias por su entendimiento y aceptacion

Atentamente

Eliana Paola Parada Duarte
cc. 53 117 660 Bta
Cel 312 5572620

Salud
grada de Servicios de Salud
riente E.S.E.

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

CÓDIGO: E
VERSIÓN: 0
FECHA: 201

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

18/12/2020	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAM

nte: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud ad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

	PARTICULAR		CONTRATISTA OPS		SERVIDOR PUBLICO	X	OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	DUARTE	ELIANA	PAOLA

NTIFICACION(Marcar con X)			No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPE (DD-MM-A
E.	R.C.	NUIP	53.117.660	BOGOTA		08/08/2
	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI	NO

O A:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
5	BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)						PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	FI
	CASADO(A)	X	DEVORCIADO(A)		UNION LIBRE	VIUDO(A)	2	2	3

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)

		BACHILLER		TECNICO		TECNOLOGO		CUAL:	MEDICO GENERAL	
O	X	POSTGRADO		MAGISTER		OTRO				

CCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
AL 35 32B 10 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

O ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca co		
elianapaolap@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	AR

N ESTABLECIMIENTO DE OMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TI

2. DATOS DEL CONYUGE

APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	FONSECA	JAIME	SAUL

NTIFICACION(Marcar con X)			NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPE (DD-MM-A
E.	R.C.	NUIP	BOGOTA			04/11/2
	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD: CO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

	CONTRATISTA		PENSIONADO		ESTUDIANTE		SOCIO		PROFESIONAL INDEPE
X									

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

	COMERCIANTE		EMPLEADO SOCIO		EMPLEADO PUBLICO		OTRA:		CUAL:
N	DECLARA RENTA	SI	X	IVA	SI		NO	X	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONO (DIGITAR CODIGO)
		NO		ICA	SI		NO	X	PRINCIPAL: [redacted] SECUNDARIA:
ENTE	SI		NO	X	AGENTE RETENEDOR		SI NO	 X	AGENTE AUTORETENEDOR — SI / NO
BLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS				NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				
	SI		NO						

CONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		COMERCIAL		SERVICIOS		SALUD	ENERGIA
S	FINANCIERA		MEDICAMENTOS		AGROPECUARIA		INDUSTRIAL		TECNOLOGIA

									OTRA :
LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR			CIUDAD/MUNICIPIO			DEPARTAMENTO		

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

S	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	T

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

RESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVO	
	3`900.000	GASTOS FAMILIARES	2`500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
		CUOTA VEHICULO	1`300.000	VEHICULOS	27`000.000	DEUDA VEHICULOS	
		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
	1`800.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
	0	TOTAL EGRESOS	**3`800.000**	TOTAL ACTIVOS	**27`000.000**	TOTAL PASIVOS	

CION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTR

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

RIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NO
PARADA	ALBARRACIN	ALEXIS	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FI EXTENSION/C**
RA 29 C 1B 31	BOGOTA	AMISTAD	3118923456

7. REFERENCIA FINANCIERA

OMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
TA	CUANTA DE AHORROS	5244264	SUBA

ISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT

AR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

IDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA

	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

ANAL CONOCIO SOBRE LOS SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐
	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☒	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

sente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente decl
ED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado
de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupció

ue entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fue
, negocio, etc.):

o provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, compl
rceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cu
te o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a activ
tamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
a lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contr
UBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores
ación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo ta
ERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere
la violación del mismo.
obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

ación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaraci

cado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
diente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo
ones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador
dos + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tar

ertificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + decl

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

E LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades men licas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cump ciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, comp , abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquida de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la cele ros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efect rol de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración ticos.

NCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internaci r con las finalidades del tratamiento.

IBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definic no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de da vos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en co Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud,

ONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En c ados a responderlas.

EL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012 , actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

LES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integr Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo c atamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterio de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , ntrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y con ÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia n os mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

11. FIRMA Y HUELLA

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

3117.660

Firma Cliente / Representante Legal





Huella Índice

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

		2. Ciudad	
ncionario			
ntrevista:			
:			
a Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
a			
nsable			

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y No Cédula:			
7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred			



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total points 70/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Email address *

elianapaolap@gmail.com

Documento de Identidad *

53117660

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Parada | Duarte | Elana | Paola
7. Tipo de documento de identidad: [C]
8. Número de documento de identidad: 53117.660
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 04 08 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sura
16. Administradora de pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'600.000
18. Residencia: Transversal 35 32 B - 10 Sur | 3125572620 | elanapadap@gmail.com | Bogotá | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Antonio Nariño | Bogotá

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

19. Apellidos y nombres: 53117.660
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha D D M M A A A A
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

53117.660

53117.660

60. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o de
62. Documento en que conste la
los padres o la declaración sus
63. Copia de la autorización de tra
64. Certificación de vinculación a u
65. Copia del acto administrativo o p
la calidad de beneficiario o se or

B 30 DIC 2020 Cód 654 Lida Jasmin Mendoza SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación D D M M A A A A
69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: AFILIE DE (PADRE CUIDO) DEUDA Y PAGO Y PLANILLA

VIGILADO SUPERSUBSIDIO

VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner

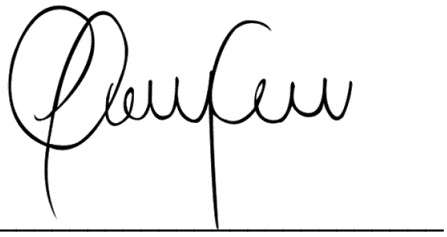
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIANA PAOLA PARADA DUARTE, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **53.117.660**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde el 01 de diciembre de 2013.

La presente certificación se expide el 10 de marzo de 2021.

Cordialmente,



Gerente 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.

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

53.117.660	Sura.
Numero de Documento	ARL

Eliana	Pada	Parada	Duarte
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

04/08/85	Bogota	Tran 35 32B 10 sur	3814696
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar.	Porvenir.	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico General.	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

elianapada@gmail.com	3125572620
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162722178

WEB
16:48:21

Bogotá DC, 10 de marzo del 2021

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) ELIANA PAOLA PARADA DUARTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53117660:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 10 de marzo de 2021, a las 17:49:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53117660
Código de Verificación	531176602103101749 21

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4328377

Bogotá D.C., 10 de Marzo de 2021 - 17:51 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ELIANA PAOLA PARADA DUARTE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA** de BOGOTA D.C.

53117660

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_8R9FC_5017
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:30:54 horas del 11/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **53117660**
Apellidos y Nombres: **PARADA DUARTE ELIANA PAOLA**

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: Calle 18A # 69F–45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 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: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ELIANA PARADA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 53.117.660 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 005244264, abierta/o desde el 28/1/2010.

Se expide en Bogotá el día 13 del mes de Noviembre del año 2020 con destino a: CLINICA AZUL



_____

Firma Autorizada

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