



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: 11-mar-2021

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO URIBE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ	NOMBRES ANA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1110463397	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES JUL AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Ibagué		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 13a #159a-38 Villas del Mediterraneo, Mz 7, torre 10, PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3158708163 EMAIL anamariauribemd@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 Bachillerato CASD Ciencias	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE	AÑO 2003

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA	7 2018	1110463397
Especialización médico	8	X	ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	8 2016	1110463397
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 2010	1110463397



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: 11-mar-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN

AÑO TERMINACIÓN

HORAS

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 Fundacion Neumologica Colombiana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD informacion@neumologica.org	
TELÉFONOS 7428888	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 10 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Intensivista	DEPENDENCIA Unidad de Cuidado Intensivo Medico	DIRECCIÓN Cra. 13b #161-85, Bogotá, Cundinamarca	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Cardioinfantil	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD presupuestosfci@cardioinfantil.org	
TELÉFONOS 6672708	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 4 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Intensivista	DEPENDENCIA Unidad de Cuidado Intensivo Medico	DIRECCIÓN Cl. 163a #13B-60, Bogotá, Cundinamarca	



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: 11-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
Privada	3	1
Pública	0	0
Total	3	1

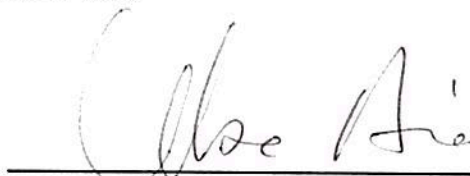
5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

 11/04/2017

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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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: 11-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA MARIA URIBE HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1110463397 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cra 13a #159a-38 Villas del Mediterraneo, Mz 7, torre

Teléfonos 3158708163 3158708163

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Cecilia Hernandez Paez	38238929	Madre
Gustavo Uribe Garcia	14213795	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	\$ 8.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 8.000.000,00

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 ITAU Corpbanca	Cuenta de ahorros	810030944	Bogota	\$ 5.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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: 11-mar-2021

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:

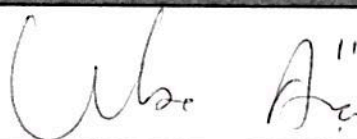
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Leonardo Yussepy Eljach Santiago	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	72273994

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 1110463397

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-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 14 de 08 de 2020

Cordialmente.



C.C. 1110463397

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:

Nombre: Ana Maria Uribe Jaraman

Documento: 111063397

Cargo: Intensivista

Fecha: 19/08/2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Escuela Maestría (Formación Maestría) (001 de 1043) y la Asamblea Legislativa del Tolima

OTORGA EL TÍTULO DE

Maestría

A

Ana María Uribe Hernández

C.C. No. 110443397 expedida en Bogotá

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

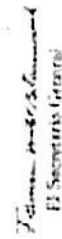
En testimonio de ello se expide el presente.

DIPLOMA

En la ciudad de Bogotá, a Diciembre 15 de 2010


Rector de la Universidad


Rector de la Universidad


Rector de la Universidad

Escuela Maestría (Formación Maestría)
Dirección de Registro No. 11
Folio No. 312
Registro No. 88011

55232

Escuela Maestría (Formación Maestría)

República de Colombia



Universidad de
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

Ana Maria Uribe Hernández

C.C. No. 1.110.463.397

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos
 académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

**Especialista en
Medicina Crítica y Cuidado Intensivo**

Dado en el Campus Universitario de Cota, a los 20 días del mes de Septiembre de 2016.

Rector

La Sabana
Rector

Decano

Secretario Académico

La Sabana
Secretaría General

Exonerada la firma otorgada por la
Universidad de La Sabana el 14 de Mayo de 1988,
de acuerdo con el Decreto 1909 de 1988.

Anotado al folio 190 del libro de registro No. 8
a los 20 días del mes de Septiembre de 2016.

República de Colombia



Universidad de
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

Ana María Heibe Hernández

C.E. No 1.110.463.397

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos
 académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

Magister en Epidemiología

Dado en el Campus del Fuerte del Cerro en Cúcuta, a los 7 días del mes de Mayo de 2019.

Oliver
Rector

Amund
Decano

Alcides
Secretario General

Presentado para la
inscripción en el
Registro de la
Universidad de Cúcuta

Asistido al folio 964
a los 7 días del mes de Mayo de 2019.

61674

ACTA DE GRADO NUMERO 34

Registro No. 55628

Folio No. 312

Libro No. 11

En Ibagué, a las 9:00 de la MAÑANA del miércoles 15 de diciembre del año 2010, se reunieron en el Aula Múltiple de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor JESÚS RAMÓN RIVERA, Rector de la Universidad del Tolima, el doctor HÉCTOR AUGUSTO OSPINA ANGARITA, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y la doctora FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURT, Secretaria General de la Universidad del Tolima, con el objeto de proceder a la graduación de Uribe Hernández Ana María, identificado con Cédula de Ciudadanía número 110462392 expedida en Ibagué, como Médico (a).

El señor rector recibió el juramento al graduado y le entregó el título que lo acredita como Médico (a).

A las 10:30 AM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

La Secretaria General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

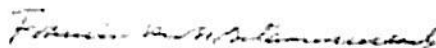
(Fdo.) JESÚS RAMÓN RIVERA

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

(Fdo.) HÉCTOR AUGUSTO OSPINA ANGARITA

LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

(Fdo.) FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURT


FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURT
Secretaria General

Ex copia
Ibagué, 15 de diciembre de 2010

06556



Universidad de
La Sabana

Resolución Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO

La suscrita Secretaria General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Acta No. 1934 del libro de Actas de Grado de la Universidad consta que en el Campus del Puente del Común, municipio de Chia, el día 20 del mes de SEPTIEMBRE del año 2016 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual ANA MARIA URIBE HERNÁNDEZ con Cédula de Ciudadanía No. 1110463397, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO** otorgado por La Universidad de La Sabana con el diploma No. 53859.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1277 de Febrero 12 de 2013

El presidente de la ceremonia, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades, Directores de Instituto que en ella intervinieron y la Secretaria General así:

El Rector OBOLITO VELÁSQUEZ POSADA

El Decano de la FACULTAD DE MEDICINA

RAFAEL CARRILLO FLOREZ

La Secretaria General

ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO

Se expide la presente Acta en el Campus del Puente del Común, Municipio de Chia (Colombia), a los veinte (20) días del mes de SEPTIEMBRE de dos mil dieciséis (2016).



Universidad de
La Sabana

ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO

Secretaria General

Secretaria General



fai FUNDACIÓN
CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

Certifica que:

ANA MARIA URIBE HERNANDEZ

Identificado(a) con CC **1110463397**

Cursó y aprobó satisfactoriamente los requisitos académicos definidos por la institución para el curso de
USO RESPONSABLE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN EL MANEJO COVID – 19.

Modalidad: Virtual con una intensidad de 2 horas dedicadas.

Este certificado se expide el **16 de Junio de 2020** en Bogotá.

Clara Fernanda García
Directora de Talento y Desarrollo





Universidad de
La Sabana

La Facultad de Medicina proclama como
"Estudiante Distinguido"

a:

Ana María Uribe Hernández

C.C. 1110463397

De la Especialización en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

Quien obtuvo el promedio más alto entre sus compañeros del programa y sobresalió por su buena conducta y espíritu universitario

Elcristal

Decano de la Facultad de Medicina

[Signature]

Director de Postgrados Facultad de Medicina

Dado en Chía Cundinamarca, el 20 de Septiembre de 2016

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
EDUCACIÓN CONTINUA
FACULTAD DE MEDICINA

Certifica que

ANA MARIA URIBE

C.C. N° 1.110.463.397

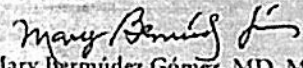
Asistió al Curso

COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE

Realizado el 24 de octubre de 2015 con una intensidad de 8 horas.
En constancia se expide el presente certificado y se refrenda con las respectivas firmas.



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



Mary Bermúdez Gómez, MD, MSc
Decana Académica
Facultad de Medicina

Bogotá, D.C., octubre de 2015

0560355021



FUNDACIÓN
CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA



Fundonar
Colombia
Unidos se previene y se cura

*La Fundación Cardioinfantil y Fundonar Colombia
certifican que*

ANA MARIA URIBE HERNANDEZ

Cédula de ciudadanía
1110463397

*participó y aprobó el
Curso de Gestión Operativa de la Donación de Órganos y Tejidos,
realizado los días 28 y 29 de noviembre de 2018.*

Santiago Cabrera González
Director Ejecutivo
Fundación Cardioinfantil

Ximena Escobar Chaves
Directora Ejecutiva
Fundonar Colombia



FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

CENTRO DE SIMULACIÓN Y HABILIDADES CLÍNICAS

"VALENTÍN FUSTER"

CERTIFICA A:

ANA MARIA URIBE

C.C. 1110463397

Por su participación en el taller de:

PROVEEDOR EXPERIMENTADO ACLS-EP
EL CUAL RENUEVA LAS COMPETENCIAS DE
BASIC LIFE SUPPORT (BLS)
ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (ACLS)
SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

Realizado en la ciudad de Bogotá

El 28 de Agosto de 2019

Con una intensidad de 48 horas

En calidad de:

PROVEEDOR

Curso Oficial que sigue los lineamientos establecidos por la
American Heart Association (AHA)

JAIME FERNANDEZ SARMIENTO M.D.

Director

Hospital Simulado "Valentín Fuster"



CERTIFICAN QUE

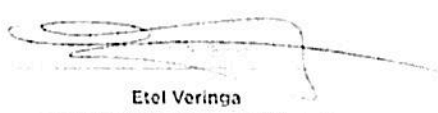
Ana María Uribe Hernández

Participó en el Taller PLANETREE para la
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE,
con intensidad horaria de 8 horas.

Fundación Cardíofácil - Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.

Marzo 26 de 2018


Santiago Cabrera González
Director Ejecutivo Fundación


Etel Veringa
Directora PLANETREE Instituto de Cardiología



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

The Center for International Medical Education awards this certificate to

Dr. Ana Maria Uribe Hernandez

In recognition of attendance in the International Observership Program
in the Respiratory Institute; Department of Medical Intensive Care Unit

March 2 – April 29, 2016

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Feza H. Remzi.

Feza H. Remzi, M.D. Director,
Center for International Medical Education



Bogotá D.C. Agosto 17/2020

Señores:

Universidad del Tolima

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Ana Maria Uribe Jaramillo 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

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:

Firma

Celia Ana

No. de documento:

1110463397

Tarjeta profesional No:

1110463397

Dirección de contacto:

Cra 13 a # 159a-38. Torre 10, uplo 201

Teléfono:

315 870 8163

Bogotá D.C. *20 de marzo*

Señores:

Universidad de la Sabana.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, *Ana Maria Uribe Hernández* 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:

Especialista en Medicina Clínica y Cuidado Intensivo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Ana Maria Uribe Hernández

No. de documento:

1110463397

Tarjeta profesional No:

1110463397

Dirección de contacto:

Cra 13a # 159a - 38, Torre 10, apto 201

Teléfono:

315 870 8163

CER-RET-2020

Bogotá, D.C. 01 de junio de 2020



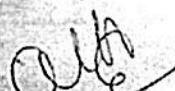
CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente nos permitimos certificar que el señor(a) **ANA MARÍA URIBE HERNÁNDEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 1.110.463.397, estuvo vinculado(a) en la **FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA** NIT 800.180.553-4 de acuerdo con los siguientes datos:

CARGO
FECHA DE INGRESO
FECHA DE RETIRO
TIPO DE CONTRATO
MOTIVO RETIRO
CON DESTINO A:

MÉDICO INTENSIVISTA
02 de Octubre de 2017
31 de mayo de 2020
Indefinido
RENUNCIA VOLUNTARIA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

Atentamente,


LILIANA RODRÍGUEZ CÁRDENAS
Coordinadora de Nómina
Fundación Neumológica Colombiana

Kelly Cubillos

*Recibí
Ana Uribe
14 julio 2020
cc 1110463397
Cdo. A*

LA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **ANA MARIA URIBE HERNANDEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1110463397**, prestó sus servicios a la Institución desde el 03 de Abril de 2017 hasta el 30 de Mayo de 2020 desempeñando el cargo de **MÉDICO INTERNISTA** con un contrato a término **INDEFINIDO**.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., el 30 de Mayo de 2020.

Alse De
Recabi
cc 1110463397
Jueves 11/06/2020

Lilian Andrea Hidalgo

LILIAN ANDREA HIDALGO

Para confirmar esta certificación comunicarse exclusivamente con el área de Nómina
PBX: 6672727 en las extensiones:
51503-51504-51505

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.110.463.397
NUMERO

URIBE HERNANDEZ
APELLIDOS

ANA MARIA
NOMBRES

Ana Maria Uribe
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1987**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51
ESTATURA

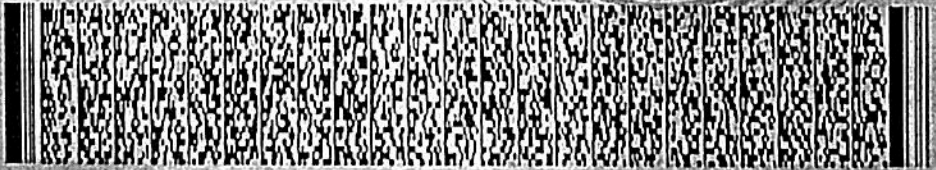
O+
G.S. RH

F
SEXO

12-SEP-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

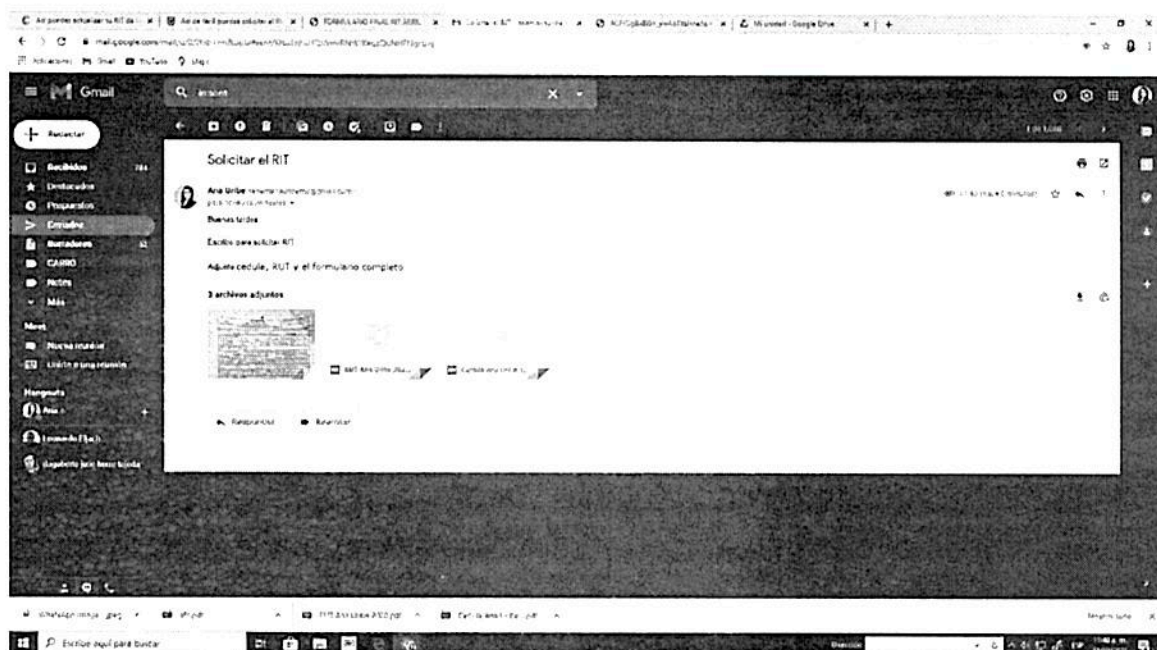
Almabeatriz Rendifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-2900100-63143191-F-1110463397-20051212 00097.05346C 02 192355450

 Formulario del Registro Único Tributario		001
2. Concepto 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN		
4. Número de formulario <div style="text-align: center;">  (415)7707212489984(8020) 000001470014436 5 </div>		14700144365
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 1 0 4 6 3 3 9 7		6. DV 5 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá
14. Buzón electrónico		
IDENTIFICACIÓN		
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión líquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3
26. Número de identificación 1 1 1 0 4 6 3 3 9		27. Fecha expedición 2 0 0 5 0 9 1 2
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Tolima 7 3
30. Ciudad/Municipio Ibaguá 0 0 1		
31. Primer apellido URIBE	32. Segundo apellido HERNANDEZ	33. Primer nombre ANA
34. Otros nombres MARIA		
35. Razón social		
36. Nombre comercial		
37. Sign		
RESIDENCIA		
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1
40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		
41. Dirección principal CL 26 19 B 95 AP 2305		
42. Correo electrónico anita906090@hotmail.com		43. Código postal 2 6 3 3 6 8 6
44. Teléfono 1 3 1 5 8 7 0 8 1 6 3		45. Teléfono 2
CLASIFICACIÓN		
Actividad económica		Ocupación
46. Código 8 6 2 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 0 1 2 1 6	48. Código 1
49. Fecha inicio actividad 2	50. Código 2	51. Código 2 2 2 1
52. Número establecimientos		
Responsabilidades, Calidades y Atributos		
53. Código 5		
54. Impto. renta y compl. régimen ordinario		
Obligados aduaneros		
55. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
56. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		
Exportadores		
57. Firma 58. Tipo 59. Servicio 1 2 3		
60. Modo 61. CPC		
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.		
Para uso exclusivo de la DIAN		
59. Anexos SI ☐ NO ☒		60. No. de folios: 0
61. Fecha: 2020-07-26 / 23:14:58		
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:		
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:		
984. Nombre URIBE HERNANDEZ ANA MARIA 985. Cargo CONTRIBUYENTE		



Solicitar el RIT

Escribo para solicitar RIT

Adjunto cédula, RUT y el formulario completo

✕

X

✕

Enviar

Mostrar todo

Dirección

ESP 11:40 a. m.
11/03/2021



CMC



MINSALUD

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANA MARIA URIBE HERNANDEZ

C.C.O.C.E 1110463397

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

Institución de Educación

U. DEL TOLIMA

Ciudad IBAGUE

Fecha de expedición diploma

15/12/2010

Fecha de inscripción RETHUS

15/03/2017



CMC2047-21373



GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION 73 139

(20 De Febrero De 2012)

Por La Cual Se Registra Un Título Y Se Concede Una Autorización Para Ejercer Como

MEDICA

LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

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, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que ANA MARIA URIBE HERNANDEZ con CC No 1110463397 , ha solicitado autorización para ejercer como MEDICA , según diploma No. 55628 otorgado el por UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, y acta de grado No. 34, folio No. 312, de fecha 15/12/2010.

Que ANA MARIA URIBE HERNANDEZ cumple con el servicio social obligatorio en el municipio de LIBANO en HOSPITAL REGIONAL LIBANO TOLIMA E.S.E. del 17/12/2010 al 17/12/2011 (365) días, en la plaza aprobada por formulario número 168 del 08/10/2009 , número de orden 379NM.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO : Registrar el título de MEDICA otorgado a ANA MARIA URIBE HERNANDEZ Por UNIVERSIDAD DEL TOLIMA según acta de grado 34 del 15/12/2010, para ejercer la profesión de MEDICA, en el territorio Nacional, autorización que tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

RICARDO RIVAS ARENAS

Secretario de salud del Tolima

Proyecto: NDA.FLOREZ
Profesional Universitario

Unidad por la Ciudadanía del Tolima
Secretaría de Salud - Teléfono: 2612719 - 2615088 servicio@hustolima.gov.co

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

Datos Personales y de identificación:

Fecha de Consulta : 2020-04-20--11:28:06 AM

Tipo de Identificación : CC Número de Identificación : 1110463397 Primer Apellido: URIBE Segundo Apellido: HERNANDEZ

Información Académica

Primer Nombre: ANA Segundo Nombre: MARIA

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	1-Local	MEDICINA	2012-02-20	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	1-Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	2017-03-15	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	1-Local	NO DISPONIBLE	2012-02-20	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Datos SSO

Prestación SSO	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación
Prestó el Servicio Social Obligatorio	Local	TOLIMA--LIBANO	2010-12-17	2011-12-17	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina

IMG-5845.jpg

Dec 17, 2019 Doc.jpg

Show All X

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C111046339700020072

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANA MARIA URIBE HERNANDEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1110463397 y T.P. o R.M. No. 1110463397 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 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.

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 27 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).


GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-59 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.

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

antecedentestribunal@outlook.com



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANGLADE NARVAZ

Nombre,
Identificación
Edad
Medico
No. Ordenamiento

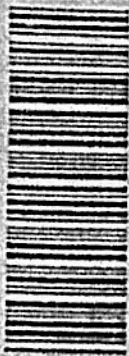
URIBE HERNANDEZ ANA MARIA
CC 1110463397
29 Años 0 Meses 0 Días
MEDICOS VARIOS
0206009948

Tel.
Sexo F

Fecha de recepción: 07-feb-2017 8:33 pm
Fecha de impresión: 08-feb-2017 4:29 pm
Empresa HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Sede REFERENCIA
Fecha Validación 08-feb-2017 7:50:00a.m.

2076061

Página 1 de 1



Examen

HEPATITIS B: AC. CONTRA AG DE SUPERFICIE
Metodo: Quilimoluminiscencia

Resultado

MAYOR DE 1000.0

Unidades

mUI/ml

Valores de Referencia

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

Justicia
FOLY JACOBSON
COT. 123456789
BACTERIOLOGIA

CPH
CENTRO DE INVESTIGACIONES
C. 123456789
BACTERIOLOGIA

Copia



Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

SEDE	CENDIATRA PRINCIPAL	DIRECCIÓN	Av. Calle 19 No. 3 - 50 Edificio Barichara Torre A Piso 12
TELÉFONO	7443001	EMAIL	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-08-27	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ANA MARIA URIBE HERNANDEZ	Identificación CC	Nro 1110463397
Fecha de Nacimiento	1987-07-10	Edad	33
Sexo	F		
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	MEDICO		
Fecha Ingreso	2020-08-27 13:43:22	Fecha Salida	2020-08-27 13:50:27

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:

NO PRESENTA

CONTROLES

título

OTROS

NO PRESENTA


Dra. Valentina Salcedo M.
Esp. en Salud Ocupacional y Riesgo
Laboral
Lic. No. 25-1075 de 2010
R.M. 1020770182

VALENTINA SALCEDO MONROY

RM: 1020770182

Firma y sello del médico



ANA MARIA URIBE HERNANDEZ

CC 1110463397

Firma del trabajador

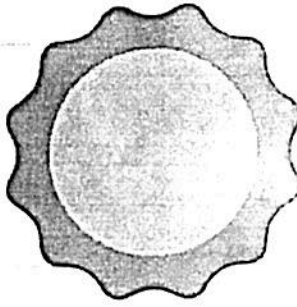
Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62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

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:



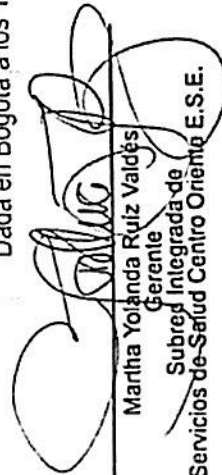
ANA MARIA URIBE HERNANDEZ

C.C.: 1110463397

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**
Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017


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


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

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

FECHA:	14/08/2020	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	Unbe	SEGUNDO APELLIDO:	Hernández	PRIMER NOMBRE	Ana
				SEGUNDO NOMBRE	Maria
TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X)		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)	FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUP	☐	110465397	Ibague		12/09/2005
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI	☒	NO	☐
FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	10/07/1987	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)	Ibague	PAIS NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD		Columbiano			
ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					
SOLTERO(A)	☐	CASADO(A)	☐	DEVORCIADO(A)	☐
UNION LIBRE	☒	VIUDO(A)	☐	PERSONAS A CARGO	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)				NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/CELULAR
PRIMARIA	☐	BACHILLER	☐	TECNICO	☐
TECNOLOGO	☐	UNIVERSITARIO	☐	POSTGRADO	☐
MAGISTER	☒	OTRO	☐	CUAL:	Ingeniero
DIRECCION RESIDENCIA:				PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 13a #159a-38				Bogotá	Colombia
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA (Marca con X)	
Ana maria unbe md@gmail.com				PROPIA	☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	Eljach	SEGUNDO APELLIDO:	Sanbago	PRIMER NOMBRE	Leonardo
				SEGUNDO NOMBRE	Yusepy
TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X)		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)	FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUP	☐	72273994	Barranquilla	Atlantico	19-07-2000
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI	☒	NO	☐
NACIONALIDAD:		Columbiano			
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):					
ASALARIADO	☐	CONTRATISTA	☒	PENSIONADO	☐
ESTUDIANTE	☐	SOCIO	☐	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐
HOGAR	☐	COMERCIANTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐
EMPLEADO PUBLICO	☐	OTRA:	☐	CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI	☒	IVA	SI
NO	☐	ICA	SI	☒	NO
CODIGOS CII U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)		PRINCIPAL: 8621 SECUNDARIA:			
GRAN CONTRIBUYENTE	SI	☐	NO	☒	AGENTE RETENEDOR
SI	☐	NO	☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI
NO	☒	NO	☒	NO	☒
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			NIT
SI	☐	NO	☒	SI	☐
NO	☒	NO	☒	Subred Centro Oriente	959051-7
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO	☐	COMERCIAL	☐
EXPORTACIONES	☐	FINANCIERA	☐	SERVICIOS	☐
MEDICAMENTOS	☐	AGROPECUARIA	☐	INDUSTRIAL	☐
TECNOLOGIA	☐	OTRA:	☐	ENERGIA	☐
ALIMENTOS	☐				

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)							
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR		CUIDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
Ca 14 B-45 s		3282828		Bogota	Bogota	Colombia	
CARGO ACTUAL		Ingeniero			FECHA INSCRIPCION (DD-MM-AAAA)		
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	8000000	ARRIENDOS	2000000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	7600000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2000000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Ortiz		Arcevalo		Lina		Maria	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
Calle 155 #14-10 Casa 51		Bogota		Amiga		3114427833	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
FINV		Cuenta ahorros		810030944	Bogota		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTA		
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	
8. INFORMACION COMERCIAL. (Marcar con X)							
POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		CORRESPONDENCIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☒	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐
9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":							
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>							

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

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
- Estados Financieros del último 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 Público

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.

- 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.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- 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, enténdase 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:

- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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) Envío 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.
- El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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 cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control 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 de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 14 No 5 - 13 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: carloffa@subredcentroorientegov.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

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

11. FIRMA Y HUELLA

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

[Firma manuscrita]



Firma Cliente / Representante Legal

Huella dactilar Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

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

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total points 100/100 ?

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 *

anamariauribemd@gmail.com

Documento de Identidad *

1110463397

Nombres y apellidos *

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que ANA MARIA URIBE HERNANDEZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1110463397 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1110463397
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA MARIA URIBE HERNANDEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	47
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 27/01/2021

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Caracas, Venezuela. Líneas de Atención: Barranquilla 312 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6118

www.sura.com

EPS Y MEDICINA PREPAGADA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARIA URIBE HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número **1110463397**, se encuentra afiliado/a desde **21/01/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de enero de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1110463397

Numero de Documento

SURA

ARL

Ana

Primer Nombre

Maria

Segundo Nombre

Unbez

Primer Apellido

Hernandez

Segundo Apellido

10/07/1987

F. Nacimiento dd/mm/aa

Ibagué

Ciudad de Nacimiento

Cra 8a #15a-33

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

SURA

EPS - Salud

(Culpensiones)

AFP - Pensiones

\$ 8 000 000

Honorarios

Intensivista

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

anamaniawibemil@gmail.com

Correo Electrónico

315 870 8163

Celular

Unbez Ana

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159592084



WEB

15:19:00

Hoja 1 de 01

Bogotá DC 27 de enero del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRSI) el(la) señor(a) ANA MARIA URIBE HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110463397:

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 repelición 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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 27 de enero de 2021, a las 15:19:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1110463397
Código de Verificación	1110463397210127151934

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

Digito y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1, Código Postal 111071, PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC. BOGOTÁ D.C

Página 1 de 1



Bogotá, D.C., 27 de Enero de 2021 - 15:20 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) **ANA MARIA URIBE HERNÁNDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL CIENTO DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE** de IBAGUE

1110463397

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 figuren 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co



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 03:20:38 PM horas del 27/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1110463397

Apellidos y Nombres: URIBE HERNANDEZ ANA MARIA

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.



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



todos los derechos reservados.



Bogotá D.C. ,08 de Marzo de 2021

Señores
A quien Interese
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente ANA MARIA URIBE HERNANDEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1110463397, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 03 de Abril de 2017 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorros	810030944	Activo

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 08 días del mes Marzo de 2021 en atención a la solicitud No 29969590

Cordialmente

Contact Center