Colombia Compra Eficiente

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones ANA CRISTINA WEEBER RUIZ,

ANA CRISTINA WEEBER RUIZ con el NIT 45447775 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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

Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
WEBBER	RUIZ	ANA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 45447775

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES ABR AÑO 1963

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 63 # 22 - 45 Int 6 Apto 603

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3069575

EMAIL anacweeber@hotmail.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 NOVIEMBRE AÑO 1980
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	4	X		ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	8	2001	No especificada
ES	6	X		ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	12	1999	No especificada
UN	12	X		MEDICO CIRUJANO	7	1990	No especificada

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUB RED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA*: SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39 SUR NO 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: COMPENSAR	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: No especifica01/06/2005	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 6 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 1 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO: PEDIATRA	*DEPENDENCIA*: ADMINISTRATIVO	*DIRECCIÓN*: AV 68 NO 49A 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA SAUMEDIC	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Atlántico	*MUNICIPIO*: Barranquilla	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: No especifica	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2003	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: PEDIATRA NEONATOLOGO	*DEPENDENCIA*: NEONATOLOGIA	*DIRECCIÓN*: CL 45 NO 14 98	

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

Última Actualización: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA REINA CATALINA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Atlántico	Barranquilla	No especifica

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 1 MES 10 AÑO 2001	DIA 30 MES 8 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PEDIATRA NEONATOLOGO	NEONATOLOGIA	CL 82 NO 47 12

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	9	3
PRIVADO	4	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	13	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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

Bogotá D.C.
13/Dic/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Sistema de Información Estratégico del Empleo y la Administración Pública

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANA CRISTINA WEBBER RUIZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 45447775 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cra 63 # 22 - 45 Int 6 Apto 603 **Teléfonos** 3103619584 3069575

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Vanessa Salcedo Weeber	1016036796	HIJO(A)

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	$ 113.885.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 1.102.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 114.987.000,00

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 Davivienda	AHORROS	0019700099345	Salitre	$ 6.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Renault Symbol Modelo 2006	$ 12.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Davivienda	Tarjetas de Crédito y Crédito	$ 7.000.000,00

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
NA	NA

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
NA	NA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	

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



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Universidad Libre de Colombia

Seccional del Atlántico

En atención a que

Ana Cristina Weeber Ruiz

C.C. No. 45.442.275 de Cartagena (Bol.)

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales

En la Facultad de Medicina

Se le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

El Título de:

Médico y Cirujano

En fe de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector de la Universidad, el Secretario General, el Decano de la Facultad, el Secretario Académico y el Jefe de Educación Médica

a los 18 días del mes de Julio de 19 90

El Rector

El Secretario General

El Decano

El Jefe de Educación Médica

El Secretario Académico

Registrado al folio No. 1406

del libro de Diplomas No. XVIII

de la Universidad Libre

Secretaría de Educación

Secretario de Educación

República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FISCALIZACION SANITARIA
DIRECCION NACIONAL DE FISCALIZACION SANITARIA
DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION DE RECURSOS DE SALUD

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL por intermedio de la DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION DE RECURSOS DE SALUD autoriza a la Medico WEEBER RUIZ, Ana Cristina

Registro Profesional Extranjero Nº 94.285 (Matricula Nacional)

a anunciarse como ESPECIALISTA en PEDIATRIA

en razón de haber acreditado los recaudos legales correspondientes, de acuerdo al art. 21 inc. "A" de la Ley 17132 y mod. Ley 23873

Expediente Nº 9.757/99-8

Nro. de Orden

Buenos Aires, 23 diciembre 1999

Este certificado de especialista debe ser revalidado a los 5 (cinco) años de su emisión.

Dr. JORGE MIGUEL ANTONIAZZI
DIRECTOR
DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION DE RECURSOS DE SALUD

Firma y sello aclaratorio

Imprenta Central "Prof. Dr. Ramón Carrillo"

REPÚBLICA ARGENTINA

PODER EJECUTIVO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

Por cuanto

Ana Cristina Weber Buix de nacionalidad Colombiana, quien se ha desempeñado como Becario con Régimen de Residente desde el 1 de Junio de 1999 hasta el 31 de Mayo del 2001 en el Servicio de Neonatología del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires habiendo completado los requisitos de su período formativo, ha rendido la prueba evaluatoria de su capacitación en la especialidad de acuerdo con la Disposición N° 1/2000 de la Subsecretaría de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud, resultando

Aprobada

se le extiende el presente Certificado para ser presentado ante el Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior.

Ciudad de Buenos Aires 22 de Agosto del año 2001.-

066

Dra. LIDIA PARGA
JEFA SERVICIO NEONATOLOGIA

Presidente
de la Mesa Examinadora

Subsecretario de Planificación
Control, Reg. y Fiscalización

Director de Planificación
y Evaluación

DR. ALEJANDRO J. M. GAUDIO
Subsecretario de Planificación
Control, Regulación y Fiscalización
MINISTERIO DE SALUD

Gobernación de Bolívar

SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA Y RECREACION

DIVISION DE REGISTROS

SECCION DE REGISTROS DE DIPLOMAS

HACE CONSTAR:

Que en los Libros de Registro de Diplomas que se llevan en esta Secretaría al folio 360 -----

bajo el No. 29.657 del Libro de Registro No. 171 con fecha 27 de abril de

1981 figura registrado el Diploma de BACHILLER ACADEMICO -------

Que el Plantel denominado COLEGIO DE LA PRESENTACION ----------

confirió como título al Señor (Señorita) ANA CRISTINA WEEBER RUIZ ---------

identificado (a) con la cédula de ciudadanía (T.P.) No. 45.447.775 de Cartagena

el día 28 de noviembre de 1980

GOBERNACION DE BOLIVAR SECRETARIA DE EDUCACION Y RECREACION Sección Registro de Diplomas

Jefe de Sección

MANUEL MENDOZA GARCIA

Jefe de División

WALTER CARCAMO ARRIETA

GOBERNACION DE BOLIVAR SECRETARIA DE EDUCACION CULTURA Y RECREACION DIVISION DE REGISTROS

Cartagena, 15 de octubre de 1991

Elaborado por:

LIDA MARTINEZ R.

La presente copia corresponde con el documento original que tengo a la vista

Barranquilla 24 MAR. 1992

NOTARIA SEXTA

VICTOR ARMENTA PALACIO

NOTARIO

Barranquilla

Transcrito por:

UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
SECCIONAL DEL ATLANTICO
FACULTAD DE MEDICINA

FOLIO No. 1.406

ACTA No. 1.406

Aprobada según Resolución No. 2519 de diciembre 16 de 19 83 emanada del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

ACTA DE GRADO

Promoción No. XVIII de 19 90

Graduación, 19 de julio de 19 90
Ceremonia Solemne.

En la ciudad de Barranquilla a los 19 días del mes de julio de 19 90, se instaló en el Aula Máxima de la Universidad Libre el honorable Consejo Académico de la Facultad y considerando que el alumno:

WEBBER RUIZ ANA CRISTINA C.C. No. 45.447.775 de Cartagena

llenó previamente todos los requisitos que las normas legales y los reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes, habiendo obtenido un promedio de calificaciones de:

TRES OCHO NUEVE (3.89)

A continuación el señor Decano en nombre de la República de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el Juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuesto, se firma la presente Acta por los que en ella han intervenido,

Decano (Fdo) HENRY TRILLOS NAUZA

Secretario Académico (Fdo) MIGUEL URINA TRIANA

Graduando WEBBER RUIZ ANA CRISTINA

UNIVERSIDAD LIBRE FACULTAD DE MEDICINA SECCIONAL ATLANTICO DECANATO

DECANO

SECRETARIO

ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA REGIONAL SANTANDER

CERTIFICA QUE:

ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

Asistió al

Quinto Congreso Nacional de Neonatologia

Bucaramanga, Colombia, Octubre 12, 13 y 14 de 2017.
Intensidad horaria: 21 horas
Bucaramanga, Colombia - Octubre 14 de 2017

Dra. María Eulalia Tamayo Pérez
Presidenta ASCON

Dra. María Azucena Niño Tovar
Presidenta Regional Santander

FUNDACIÓN INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

C.C. No. 45447775

Ha participado en el Curso de:

REANIMACIÓN NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 8 de Abril de 2017, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clí
Center For Medical Simu

Nº 3808

Fundación Canguro

MINSALUD

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA FUNDACIÓN CANGURO

CERTIFICAN QUE

ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

ASISTIÓ AL

III ENCUENTRO NACIONAL MÉTODO MADRE CANGURO

Bogotá D.C., 16 y 17 de noviembre de 2017

Duración 16 horas

GERMAN ESCOBAR MORALES
Jefe de Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y Protección Social

NATHALIE CHARPAK
Directora General
Fundación Canguro

ICFES
LA EDUCACION SUPERIOR

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº. 000958 DE 20

(22 AGO. 2001)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992, el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

CONSIDERANDO :

Que ANA CRISTINA WEEBER RUIZ, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 45.447.775 de Cartagena, presentó ante este instituto el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, otorgado el 23 de diciembre de 1999, por EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL -SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 040359, folder 18818/2001;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 19 de julio de 1990, por la Universidad Libre de Colombia - Seccional del Atlántico, con domicilio en Barranquilla, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados por el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, otorgado el 23 de diciembre de 1999, por EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL - SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, Buenos Aires, Argentina, a ANA CRISTINA WEEBER RUIZ, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 45.447.775 de Cartagena, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D. C. a los 22 AGO. 2001

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirectora de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE: Ana Cristina Weeber Ruiz
FIRMA:
C.C. Nº. 45447775 de Cartagena

23 AGO. 2001

ICFES
LA EDUCACION SUPERIOR

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº. 00010 DE 20

( )

Por la cual Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992, el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

C O N S I D E R A N D O :

Que ANA CRISTINA WEEBER RUIZ, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 45.447.775 de Cartagena, presentó ante este instituto el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA, otorgado el 22 de agosto de 2001, por el MINISTERIO DE SALUD, Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 050815/2001 en el folder 19159/01;

Que además presenta la resolución No. 958 del 22 de agosto de 2001, por medio de la cual le fue convalidado por el ICFES, el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, expedido el 23 de diciembre de 1999, por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL – SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, Buenos Aires, Argentina.

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 19 de julio de 1990, por la Universidad Libre de Colombia - Seccional del Atlántico, Barranquilla, Colombia.

Que la Dirección General de ICFES, mediante comunicación 6079 del 5 de octubre de 1998, dispuso continuar con la utilización de Caso Similar, el cual consiste en la aplicación de conceptos emitidos siempre y cuando correspondan a un título semejante, expedido por la misma institución, con igual duración y cuya evaluación no tenga más de 5 años de expe

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo. se convalidó el título mediante resolución 704 del 21 de junio de 2001, previo concepto de la FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD, el cual se considera aplicable en esta oportunidad;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA, otorgado el 22 de agosto de 2001, por MINISTERIO DE SALUD, Buenos Aires, Argentina, a ANA CRISTINA WEEBER RUIZ, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 45.447.775 de Cartagena, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992. -

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D. C. a los 02 ENE 2002

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector(a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE: Lucila Ayesa de Parra
FIRMA: Lucila Ayesa de Parra
C.C. Nº. 21042765

03 ENE 2002

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Libre de Colombia - Barranquilla.
(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 Cristina Weeber Ruiz 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

No. de documento: 45.447.775 Cartagena.

Tarjeta profesional No: 45-447.775 D.C.- 01-1082/1992 M.S.

Dirección de contacto: Cra 63 # 22-45 - torre 6 - 603 Bgk.

Teléfono: 306-9575 - 3103619584

SOUTH MEDICAL CLINIC S.A.
SOUMEDIC
CLINICA INTEGRAL

LA SUSCRITA JEFE DE GESTION HUMANA
CERTIFICA QUE

*La Dra **ANA CRISTINA WEEBER RUIZ** identificada con cédula de ciudadanía No.45.447.775 de Cartagena, estuvo adscrita a esta Institución mediante contrato de Prestación de Servicios Profesionales como **MEDICO PEDIATRA** desde 13 Septiembre de 2003 hasta 30 de Septiembre de 2004.*

Se expide la presente certificación a solicitud del interesada a los cinco (05) dias del mes de Octubre de 2004.

SOUMEDIC
CLINICA INTEGRAL
TATIANA HERNANDEZ ESCOLAR

CLINICA REINA CATALINA & Cía. Ltda.
NIT. 800.179.966-0
CALLE 82 No. 47 - 12 • Tels.: 3784347 - 3785326 - 3783863 - 3783228 - 3783080 - 3785565 - 3785019 - 3784892 - 3784013
3783318 - 3783088 • Fax: 3783922 • E-mail: clireica@metrotel.net.co • Barranquilla - Colombia

CERTIFICA

Que la doctora **ANA CRISTINA WEBBER RUIZ** identificada con la cedula de ciudadanía **45.447.775 de Cartagena** estuvo vinculada a la institución desde el 1 de octubre del año 2001 hasta agosto 26 de 2004, adscrita al departamento de Pediatría y Neonatología, mediante contrato de prestación de servicios.

Firmado en Barranquilla a los cinco días del mes de octubre del dos mil cuatro.

Rodman Chamorro

Dr. RODMAN CHAMORRO
Jefe del Departamento de Pediatría y Neonatología.

LA CIVICA IMPRESORES LTDA NIT 800.253.313-4 TEL. 3760787 B/Q.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
Avenida 68 No. 49A-47
Conmutador 4 28 06 66
Apartado Aéreo 8209
Bogotá D.C. Colombia

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

CERTIFICA QUE

El (la) señor(a) ANA CRISTINA WEEBER RUIZ, identificado con Cédula 45,447,775 de CARTAGENA, laboró en esta empresa con contrato a término indefinido, desde el 01/06/2005 hasta el 11/01/2007; desempeñando el cargo de Médico Especialista, en el área de SAM KENNEDY

La presente certificación se expide a solicitud del interesado con destino a HOJA DE VIDA, de conformidad con los registros existentes en la Gerencia de Desarrollo Humano el 16/1/2007.

DESARROLLO HUMANO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
ÁREA DE TALENTO HUMANO
CONSTANCIA DE SERVICIOS PRESTADOS
NIT 800197177-2

FECHA: Lunes, 09 de Febrero de 2015		
NOMBRE: WEEBER RUIZ ANA CRISTINA		CEDULA: 45447775
FECHA-ING DISTRITO: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2009	FECHA-ING-HOSPITAL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2009	FECHA DE RETIRO
CARGO ACTUAL: MEDICO ESPECIALISTA		
DEPENDENCIA: AREA DE SERVICIOS DE HOSPITA		EMPLEADO PUBLICO
ASIGNACION BASICA MENSUAL: $4,550,037		AUXILIO DE ALIMENTACION: $0
SUBSIDIO DE TRANSPORTE $0		GASTOS DE REPRESENTACION: $0
PRIMA DE ANTIGÜEDAD $136,501		PRIMA SECRETARIAL: $0
PRIMA TECNICA: $1,820,014		PRIMA DE RIESGO : $0
PROMEDIO RECARGOS MES: $895,000		CERTIFICADO CON DESTINO A: **QUIEN INTERESE**

OBSERVACIONES: **Además de estos devengados tiene derecho a:**

37 DIAS DE PRIMA DE SERVICIOS
30 DÍAS DE PRIMA DE NAVIDAD
15.0 DÍAS DE PRIMA DE VACACIONES.

CLAUDIA PATRICIA LEYVA ORTIZ
Profesional Especializado Area Talento humano

GTH - P - F026
Versión 01-2007

Funcionario/Contratista	Nombre	Area	Firma
Proyectado y revisado por	Hernando Castro	Talento Humano	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 45.447.775

WEEBER RUIZ

APELLIDOS

ANA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1963

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

25-JUN-1981 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0300100-00135177-F-0045447775-20081209 0007784107A 1 9917048544

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14341389422

(415)7707212489984(8020) 000001434138942 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 5 4 4 7 7 7 5 – 2

6. DV

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

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	4 5 4 4 7 7 7 5	1 9 8 1 0 6 2 5

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
WEEBER	RUIZ	ANA	CRISTINA

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
CR 63 22 45 IN 6 AP 603

42. Correo electrónico.	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ANACWEEBER@HOTMAIL.COM		3 0 6 9 5 7 5	3 1 0 3 6 1 9 5 8 4

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
8 6 2 1	1 9 9 0 0 2 0 1					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic e

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 6 1 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:

45-447775

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

984. Nombre MIRANDA ARGUMEDO CARLOS IGNACIO
985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

11:39:40PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-03-2015
Hora: 3:25:36 PM

CONTRIBUYENTE NIT 45447775-2 ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

Información

Dirección	KR 47 A 22 A 10
Teléfonos	2449853
Dirección	ANACWEEBER@HOTMAIL.COM
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	25/03/2015
Soporte Inscripción	8923080
Fecha Inicio Actividades	12/08/2004
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION:
06-03-2004
WEEBER RUIZ
ANA CRISTINA
CC 45447775
MEDICO
SALUD



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro Nº 5-1 3 82-1992
Firma Médico

Nombres y Apellidos
ANA CRISTINA WEEBER RUIZ
C.C. o C.E.: C 45447775 De: CARTAGENA
Universidad: LIBRE ATLANTICO BARRANQUILLA
Código: 33530/08 Fecha de Expedición: 15-08-2000



FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

REPUBLICA DE COLOMBIA

CODIGO:430200

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 003082 DE 199

Por la cual se concede una autorización

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En ejercicio de la delegación conferida por Resolución Número 8078 de Junio 26 de 1991 según facultad conferida por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO :

Que ANA CRISTINA WEEBER RUIZ con C.C. No. 45'447.775
de CARTAGENA ha solicitado el registro de su TITULO
De MEDICO Y CIRUJANO
Que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de ATLANTICO
Al folio 055 del libro 67 de 31 de marzo de 1992
Que CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE SANTANDER

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Es Fotocopia Auténtica del Original
Bogotá D.C. - 6 SEP. 2004
Grupo de Administración Documental

RESUELVE :

ARTICULO UNICO .- Autorízase a ANA CRISTINA WEEBER RUIZ
para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO
en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud.

28 ABR. 1992

ESMERALDA VARGAS VALLEJO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD SUBDIRECCION Recursos Humanos del Sector

rr.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 45447775

Primer Nombre *: ana

Primer Apellido *: weeber

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→11:44:05 AM -2018-12-13→1:24:13 PM -2018-12-13→1:56:47 PM -2018-12-13→4:51:14 PM -2018-12-13→5:38:11 PM -2018-12-14→9:45:09 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	45447775	ANA	CRISTINA	WEEBER	RUIZ	Ver

Información Detallada [CC: 45447775] ANA CRISTINA WEEBER RUIZ

2018-12-14→9:45:09 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1992/4/28	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014856

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **ANA CRISTINA WEEBER RUIZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 45.447.775 de CARTAGENA T.P. o R.M. No. 82/1992 expedida por Ministerio de Salud, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Catorce (14) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACCINACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER

Certifico que Ana Weeber Ruiz. **Sexo** Femenino.
~~This is to certify that~~ Sex

~~**Cuya firma** aparece ensegida~~ **Fecha de nacimiento** 13-4-63
Whose signature follows ~~Date of birth~~

Ha sido vacunado (a) o revacunado (a) contra el cólera en la fecha indicada.
~~Has on the date indicated been~~ vaccinated or revaccinated against cholera.

Fecha Date	Firma, estado profesional y dirección del vacunador. Signature, professional status and address of vaccinator.	Sello de Autenticación Approved stamp

El sello de autenticación debe ser en la forma prescrita por la administración sanitaria del país en que la vacuna se efectúe.

Toda corrección o raspadura del certificado o la omisión de una cualquiera de las menciones que comporta puede efectuar invalidez.

Any amedmente of this certificate or erasure of failure to complet any part of it, may render it invalid.

OTRAS: Fiebre Tifoidea, Hepatitis A, Influenza, Triple Viral (Paperas, Sarampion, Rubeola), Neumococo, Varicela.
Other inmunizations: Tiphoid fever, MMR (Measles, Mumps, Rubella), Flu, Varicella, Pheumococcac, Meningococcac.

Vacuna Vaccine	Fecha Date	Dosis Dose	FIRMA DEL VACUNADOR Signature of vaccinator
Hepatitis B	15 ABR 2017	(1)	1434028 Biotoscana
	23 JUN 2017	(2)	1934029 GALENAS
HEPATITIS B	27 NOV 2017	(3)	1434033 BIO
	15-ABR-18	(2)	
Tetano y Difteria	15 ABR 2017	(1)	M31485V SNF
	23 JUN 2017	(2)	M31485V GALENAS
		(3)	

Orden No:	**8288464**	Fecha de ingreso:	28-Aug-2018 8:45 am
Paciente:	**WEEBER RUIZ ANA CRISTINA**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 45447775	Edad:	55 Años 4 meses 15 dias Sexo F
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3103619584
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN
ANDRADE MARVAEZ

90304580

Nombre.	WEEBER RUIZ ANA CRISTINA	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 5:28 pm
Identificacion	CC 45447775 Tel.	Fecha de impresion:	21-sep-2018 1:44 pm
Edad	55 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8288464	Fecha Validacion	04-sep-2018 5:44:00a.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,779,827
BACTERIOLOGA

INGRID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1,020,779,827
BACTERIOLOGA

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 169 No. 15-91 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 • Tel. 256 3768 • Fax: 257 2012

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 23/07/2016
Nombre ANA Cristina Weeber Ruiz
Identificación 45447775
Fecha de nacimiento 13/Abril/1963 Edad 53
Cargo Medica Neonatologa
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa HOSPITAL LA VICTORIA
Empresa usuaria ___

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO___ EGRESO___ OTRO___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES___ CON RESTRICCIONES___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO___ NO SATISFACTORIO___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA ___
AUDIOMETRÍA ___
ESPIROMETRÍA ___
EXAMENES PARACLÍNICOS ___
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES higiene postural, pausas activas laborales y Gimnasia de mantenimiento dieta y control de peso.

Médico Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Firma del paciente
Nombre Ana Weeber Ruiz
Cedula 45.447.775. Cga.

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 CRISTINA WEEBER RUIZ

CC: 45447775

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dado en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de junio de 2017

Martha Yolanda Ruíz 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.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 13/12/18 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

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

DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Weeber	Ruiz	Ana	Cristina

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	45947775	Cartagena	1981/06/25

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
13-04-63	Barranquilla	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1	3164028053

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	PROFESION / OFICIO
☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	Pediatra - Neonatología	Medico neonatologa

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 63 # 22-45 Int 6 Apt 603	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3069575

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
anacweeber@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:			

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD:

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒ NO ☐		SI ☐	NO ☒	8621
		ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒		900959051

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 No 5-43	3444434	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Médico neonatología	01/04/2004

SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	6.900.000	GASTOS FAMILIARES	5.000.000	AHORROS	6.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	5.500.000	ARRIENDOS	2.200.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	1.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	12.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS*	12.400.000	TOTAL EGRESOS	9.200.000	TOTAL ACTIVOS	18000000	TOTAL PASIVOS*	7000000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	Diesno iglesia	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No de familiares, ni directos el Cliente o Contratista y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ochoa	Piedra	Lee	Yamile.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Calle 129 #59c-21	Bogota/Cundinamarca	Amiga	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de Ahorros	009700993345	20 de Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Prestar servicios como médico pediatra - neonatologa

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

AUTORIZACION

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

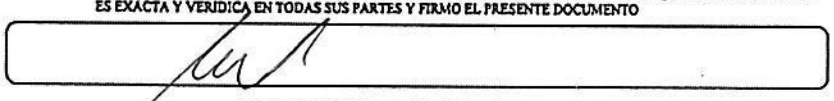
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

DIAN

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113600330000

(415)7707212489984(8020) 0002113600330000

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
4 5 4 4 7 7 7 5	2	WEEBER	RUIZ	ANA	CRISTINA	3 2

24. Actividad económica: 8 6 2 1 | Si es una corrección indique: | 25.Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") | 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	40,000,000
	Deudas	30	15,000,000
	Total patrimonio líquido	31	25,000,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	241,908,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	194,240,000
	Renta líquida	34	47,668,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0
	Renta líquida cedular de trabajo	37	47,668,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	40	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	42	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	0
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	46	0
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	0
	Pérdida líquida del ejercicio	51	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	53	0
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	0
	Costos y gastos procedentes	57	0
	Renta líquida	58	0
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	0
	Pérdida líquida del ejercicio	63	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	66	0

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	75	47,668,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	80	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	2,459,000
	De capital y no laborales	82	0
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	2,459,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
	Total impuesto sobre la renta líquida	88	2,459,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	92	0
	Impuesto neto de renta	93	2,459,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	96	2,459,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
	Retenciones año gravable a declarar	99	18,668,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	101	0
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	103	0
	Total saldo a favor	104	16,209,000

105. No. Identificación signatario | 106. DV | 107. No. Identificación | 108. Parentesco

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ex... recaudadora

980. Pago total $: 0

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

2018 ... 1

Firmado
2018-07-13 01:27:51 PM
Fecha Acuse de Recibo

996. Espacio para el número interno dela DIAN: Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional

91000501585081

2018376971259 6

BORRADOR

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora ANA CRISTINA WEEBER RUIZ , identificada con Cédula Ciudadanía 45.447.775, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ANA CRISTINA WEEBER RUIZ		
Número de identificación:	45447775	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CRA 63 22 - 45	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	3069575	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
45447775	WEEBER RUIZ ANA CRISTINA	01/07/2017	
900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	01/07/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 14 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

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

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANA CRISTINA WEEBER RUIZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **45447775,** se encuentra afiliado (a) desde **12/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	23	COLPENSIONES	09/02/1996	No Aplica
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/11/2009	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de diciembre de 2018.

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.

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

45447775.	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ana	Cristina	Weeber	Raz

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
13/04/1963	Barranquilla	Carrera 63 #72-43	3069575.

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Medimas	Colpensiones	$ 6.900.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Médico Pediatra - Neonatologa	

Correo Electrónico	Celular
anacweeber@hotmail.com	316 402 8053.

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119211268

WEB
09:58:41

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANA CRISTINA WEEBER RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 45447775:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de diciembre de 2018, a las 09:59:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	45447775
Código de Verificación	45447775181214095950

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2612307

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 10:00 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ANA CRISTINA WEEBER RUIZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO** de CARTAGENA

45447775

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_7EES1_0010
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS F

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:01:53 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **45447775**
Apellidos y Nombres: **WEEBER RUIZ ANA CRISTINA**

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **13/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANA CRISTINA WEEBER RIUZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **45447775**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570001970099345**
Fecha de apertura	**04/11/2004**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO