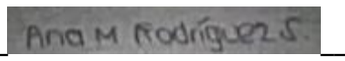
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, ____ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA_____, Identificado con Cédula No. ___1065837238_____ y Profesión _____MÈDICO GENERAL_____ AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: __________

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de *Urgencias y Transporte Asistencial*).		
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.065.837.238**

RODRIGUEZ SARRIA

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

Ana María Rodríguez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1997**

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

21-DIC-2015 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

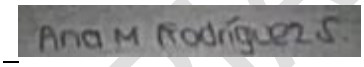
P-1200100-00781030-F-1065837238-20160105 0047926228A 1 44799476


SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 1065837238
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 1065837238 RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA 2022-07-22, 12:57 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
2 1065837238 RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA 2023-06-07, 4:33 pm
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA identificado con C.C./C.E./P.P No 1065838238
expedida en VALLEDUPAR, CESAR , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)**)**, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 05 del mes de Diciembre de 2023.

Firma 
Nombre ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA
Cédula 1065837238

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 21:59:32 | ANA RODRIGUEZ

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	MEDICO
Título	
Nombre	ANA
Apellidos	RODRIGUEZ SARRIA
Fecha de Nacimiento	8/12/1997 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	ANA RODRIGUEZ SARRIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1065837238
Dirección	CARRERA 21 A # 22 - 51
Código postal	+57
Estrato	4
Ubicación	Colombia
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ANARSARRIA83@GMAIL.COM
Teléfono	3164951718
Celular	3164951718
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

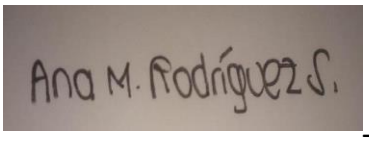
Configuración

Santa Marta Magdalena, enero de 2024

Cordial saludo Señores Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Por medio de la presente pongo a disposición de esta institución mis servicios como médico general, cumpliendo a cabalidad con actividad asistenciales y administrativas de pacientes del servicio, para optimizar procesos de registro en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, solicitud de exámenes diagnósticos, Actualización de resúmenes de historia clínica para las diferentes aseguradoras según fuese su solicitud. supervisión de las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama. Cumplimiento en los turnos estipulados y demás labores que sean encargadas.

Atentamente



Ana María Rodríguez Sarria

CC: 1065837238

Direccion: Carrera 24 · 21-36 Barrio Jardin

Celular: 3164951718

Email: anamrs8321@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rodriguez	Sarria	Ana Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1065837238	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 12 AÑO 1997

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CESAR

MUNICIPIO VALLEDUPAR

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 24 21 36

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3164951718 EMAIL anarsarria83@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2022	

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14947130258

(415)7707212489984(8020) 000001494713025 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 6 5 8 3 7 2 3 8	6	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRÍGUEZ	SARRIA	ANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CR 22 21 36

42. Correo electrónico: anarsarria83@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 7 0 0 0 1	3 1 6 4 9 5 1 7 1 8	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 13 / 20 : 08: 43

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 RODRÍGUEZ SARRIA ANA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA COSTA BARRANQUILLA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3164951718	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO CON EXPERIENCIA EN UCI	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y					*DIRECCIÓN* CARRERA 80 50 90					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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*

Gimnasio del Norte

Educación para la Vida

Km. 1 - Vía al Rincón • Teléfono: 5847000
email: info@gimnorte.edu.co / gimnasiodelnorte@hotmail.com
www.gimnorte.edu.co
Valledupar, Cesar

ICFES No. 044172 DANE No. 320001003661 ACTA No. 031

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Valledupar, a los 29 días del mes de noviembre de 2014, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Rector y la Directora Administrativa, en el cual el Gimnasio del Norte confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO BILINGÜE

a:

Ana María Rodríguez Sarria

identificada T.I. 971208-04433 de Valledupar

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que lo acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media, por la Secretaría de Educación Municipal, para otorgar el título en la modalidad Académica Bilingüe, según Resolución No. 000898 del 21 de abril de 2014.

Es fiel copia del Libro No. 3 del Acta General de Graduación No. 031.

En Valledupar, a los 29 días del mes de noviembre de 2014.

Firmada y Sellada.

PEDRO ANGEL DAZA MENDOZA
C.C. No. 17.063.302 de Bogotá
Rector

BERENICE FLÓREZ DE DAZA
C.E. No. 129.753 de Bogotá
Directora Administrativa

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Premier

Acta de Grado No. **8047**
Folio No. **1447**

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, siendo las 3:00 pm del día 15 del mes julio del año 2021, se reunieron los Doctores SALVADOR ANTONIO RADA JIMENEZ, Rector Seccional, OFELIA CECILIA ARCINIEGAS ANGARITA, Secretaria Academica de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34, del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1065837238 de Valledupar, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: **Médico.**

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Barranquilla, a los 15 días del mes de julio del año 2021.

Rector Seccional

Luciana Hernández H.
El Decano

El Secretario Académico

Ana M. Rodríguez S.
El Graduado (a)

Scanned with CamScanner

República de Colombia

UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

CC Nº 1.065.837.238 de VALLEDUPAR

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Medico

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Decana

En la ciudad de BARRANQUILLA
15 de julio de 2021
Acta 8047, Folio 1447, Libro 1

El Rector

UNIVERSIDAD LIBRE – ETITULO 22/07/2021 10:26:25 COT -05
https://etitulo.com/validate/v/LJF7-HOAK-OF1O-TBQE-2162-6967-5852-08

El Secretario General

Oficina de Admisiones y Registro
15 de julio de 2021
Registro 28619, Folio 123, Libro de Registro 15

Jefe de Admisiones y Registro

198966

THOMAS GREG & SONS

COPIA · ELECTRÓNICA · AUTENTICA · · ·

C106583723800156493

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA**, identificado(a) con C.C. No. 1065837238 y T.P. o R.M. No. 1065837238 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 05 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MEDICA
PRESIDENTE

La salud es de todos

Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

C.C. 1065837238

MÉDICO

Universidad Libre

Barranquilla

Grado: 15/07/2021

Rethus: 03/08/2021



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH.
info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

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



Cambiar

1803

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-12→11:55:13 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1065837238	ANA	MARIA	RODRIGUEZ	SARRIA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA identificado(a) con CC 1065837238 registra La siguiente información:

2023-05-12→11:55:13 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-08-03	88898	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

PÓLIZA Nº
1009629

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
15	12	2023	RENOVACION	1			NO

TOMADOR	22382866-ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA	**CC**	1065.837.238
DIRECCIÓN	CARRERA 24#21-36, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3164951718
ASEGURADO	22382866-ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA	**CC**	1065.837.238
DIRECCIÓN	CARRERA 24#21-36, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3164951718

		CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
EMITIDO EN	BARRANQUILLA														
MONEDA	Pesos														
TIPO CAMBIO	1.00	3502	35	15	12	2023	13	12	2023	00:00	13	12	2024	00:00	366

CARGAR A: RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA	FORMA DE PAGO: 4. 30 DIAS	VALOR ASEGURADO TOTAL: $ 250,000,000.00

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	250,000,000.00	SI	160,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	25,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	12,500,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	250,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	250,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		
13	COSTOS DE CAUCIONES JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	25,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******160,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******30,400.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****190,400.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

15/12/2023 14:51:34

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
6356	3	M Y S ASESORES ASOCIAD		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR

Realizo el curso de :

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dictado el 19/07/2022
Con una intensidad horaria de 40 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO
191636

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR

Realizo el curso de:

SOPORTE VITAL BASICO

Dictado el 02/07/2022

Con una intensidad horaria de 20 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO
191701

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR

Realizo el curso de:

SOPORTE VITAL AVANZADO

Dictado el 09/07/2022

Con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR

Realizo el curso de :

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Dictado el 16/07/2022
Con una intensidad horaria de 40 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO
191600

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR .

Realizo el curso de :

GESTION DEL DUELO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dictado el 14/05/2022

Con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO

186699

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR

Realizo el curso de :

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Dictado el 09/07/2022

Con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

TRAMIPETROL

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.065.837.238 de VALLEDUPAR .

Realizo el curso de :

VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Dictado el 07/05/2022
Con una intensidad horaria de 40 Horas
En constancia se refrenda con sello y firma

COD CERTIFICADO
186698

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2022-07-22 14:39:38

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR



PACIENTE: ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

ID: CC 1065837238

FECHA DE NACIMIENTO: 1997-12-08

EDAD: 24 Años

TEL. 3164951718

DIRECCION: CALLE 70B # 39 - 82 BARRANQUILLA (ATLANTICO)

SEXO: F

CONVENIO: PARTICULARES

ESTADO CIVIL: SOLTERO

EPS: E.P.S. SANITAS S.A.

CARGO: MEDICO GENERAL

Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

- [x] **INGRESO**
- [ ] **PERIODICO**
- [ ] **RETIRO**
- [ ] **EGRESO**
- [ ] **ESPACIOS CONFINADOS**
- [ ] **ÉNFASIS EN ALTURA**
- [ ] **MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
- [ ] **POSTINCAPACIDAD**
- [ ] **MEDICINA GENERAL**
- [ ] **OTRO** **CUAL:**

EXÁMENES A REALIZAR

- [ ] AUDIOMETRIA
- [ ] ELECTROCARDIOGRAMA
- [ ] ESPIROMETRIA
- [ ] EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
- [ ] VISIOMETRIA
- [x] EXAMEN OSTEOMUSCULAR
- [ ] TAMIZAJE VISUAL
- [ ] PERFIL LIPÍDICO
- [ ] LABORATORIOS
- [ ] PSICOTECNICO
- [ ] EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

OTRO:

RECOMENDACIONES

Higiene postural SI **Pausas activas:** SI **Restricción para el manejo de cargas:** NO **Uso epp:** SI

Edu. en manejo cargas: NO **Fomento de hab. saludables :** SI -

Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

2. **Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --
3. **Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --
4. **Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --
5. **Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

Remision:

Observaciones:

CONCEPTO

Concepto de Ingreso: SIN RESTRICCIONES

Concepto Retiro: --

Concepto Periódico : --

Observaciones:

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.
901127782-6
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
FECHA: 2022-07-22 14:39:38
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

CONDUCTA

• Conducta de manejo médico:	• Conducta médica laboral:	• Cond. sobre háb. y estilos de vida saludables:
☐ a. Continuar manejo médico	☑ a. Educación en higiene postural.	☑ a. Actividad física regular.
☐ b. Remisión a EPS.	☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal.	☑ b. Educación en alimentación saludable.
☐ c. Seguimiento por la ARL.		☐ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.
		Otro:

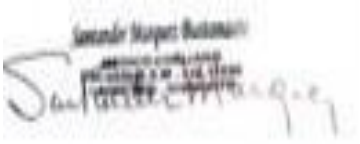
• Recomendaciones específicas:

☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.

☐ b. Restricción para manejo de cargas.

☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

Otras:



SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 0556 S.S.M. LIC. S.O. 1301 - S.S.M.

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad nuestra .

DIR. CRA 24 #19-07 - TEL. 3187691250 - E-MAIL: Serviciosmedicosamb19@gmail.com
SANTA MARTA - COLOMBIA

OFERTA LABORAL S.A.S

900507094

Direccion: CENTRO EMPRESARIAL CALLE 75 NO. 59 - 36 OF 4D

Telefono: 3854043

CERTIFICAMOS

Que el señor(a) RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1065837238 labora(ó) como trabajador en mision con un(os) contrato(s) por labor contratada como se describe a continuación:

CARGO	EMPRESA USUARIA	INGRESO	RETIRO	SUELDO	SALARIO PROM.
MEDICO GENERAL	CLINICA DE LA COSTA LTDA	2021/09/16		1,615,000.00	4,109,853.00

Afiliado al sistema de seguridad asi:

EPS : EPS SANITAS S.A.
FP : PORVENIR
ARP : COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
CAJA DE COMPENSACION:COMBARRANQUILLA

La presente se expide a solicitud del interesado en la fecha: 2022/07/23

ALEXANDER GUZMAN MOSCOTE
EJECUTIVO DE SERVICIO AL CLEINTE
Firma Autorizada

Su Aliado Laboral SAS

900507099

Direccion: CENTRO EMPRESARIAL CALLE 75 NO. 59 - 36 OF 2B

Telefono: 3854043

CERTIFICAMOS

Que el señor(a) RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1065837238 labora(ó) como trabajador en mision con un(os) contrato(s) por labor contratada como se describe a continuación:

CARGO	EMPRESA USUARIA	INGRESO	RETIRO	SUELDO
ASISTENTE MEDICO	CLINICA DE LA COSTA LTDA	2021/06/01	2021/09/15	1,615,000.00

Afiliado al sistema de seguridad asi:

EPS : EPS SANITAS S.A.
FP : PORVENIR S.A.
ARP : ARL SURA*SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA
CAJA DE COMPENSACION:COMBARRANQUILLA

La presente se expide a solicitud del interesado en la fecha: 2022/07/23

ALEXANDER GUZMAN MOSCOTE
EJECUTIVO DE SERVICIO AL CLIENTE
Firma Autorizada

OFERTA LABORAL S.A.S

900507094

Direccion: CENTRO EMPRESARIAL CALLE 75 NO. 59 - 36 OF 4D

Telefono: 3854043

CERTIFICAMOS

Que el señor(a) RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1065837238 labora(ó) como trabajador en mision con un(os) contrato(s) por labor contratada como se describe a continuación:

CARGO	EMPRESA USUARIA	INGRESO	RETIRO	SUELDO	SALARIO PROM.
MEDICO GENERAL	CLINICA DE LA COSTA LTDA	2021/09/16		1,615,000.00	4,109,853.00

Afiliado al sistema de seguridad asi:

EPS : EPS SANITAS S.A.
FP : PORVENIR
ARP : COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
CAJA DE COMPENSACION:COMBARRANQUILLA

La presente se expide a solicitud del interesado en la fecha: 2022/07/23

ALEXANDER GUZMAN MOSCOTE
EJECUTIVO DE SERVICIO AL CLEINTE
Firma Autorizada

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1065837238 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 05/12/2023 06:58 PM

Código Verificación: **BF8EWR9NH3**

Válida hasta: **04/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL - ATLÁNTICO
"70 Años de Historia"

"Actuamos siempre bajo la luz de los principios y valores de la Institución".

CRUZ ROJA COLOMBIANA

CARNÉ DE VACUNACIÓN

SECCIONAL - ATLÁNTICO

16640

CALLE 65 Nº 34 - 33 PBX: 3695320
e:mail: atlanctico@cruzrojacolombiana.org
Servicio Habilitado por la Secretaria
de Salud Resolución No. 02012012

Escaneado con CamScanner

NOMBRE: ANA RODRIGUEZ. FECHA DE NACIMIENTO:

IDENTIFICACIÓN: 1065897238 DIRECCIÓN:

Vacuna Contra	Dosis	Fecha	Lote	Firma Vacunador	Observacion
HEPATITIS B	1				
	2				
	3				
	Ref.				
DPT	1				
TRIPLE VIRAL	1				
VARICELA	1	13/3/19	R043036	WT8475	
	2				
HEPATITIS ADULTO	1				
INFLUENZA	Anual				
	Anual				
	Anual				
MENINGOCOCO B-C	1	13/3/19	744M	WT8475	
	2				
	Ref.				
MENINGOCOCO MENACTRA	Unica				
NEUMOCOCO	1				
TETANO	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
HAHO	1/3	13/3/19	AHA8B390AJ	WT8475	

CRUZ ROJA CO
SECCIONAL - ATLÁNTICO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

MSD Varivax®
R036043 DIC-2020
Lot. Exp.

0.5 mL VA-MENGOC-
VACUNA MENINGOCÓCCICA
Lote: 744M Vence: 07-2020

Twinrix™
Lot: AHA8B390AJ
Exp: 01-2021

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	13-03-19	0128M411	
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	13-03-19	2215020168	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: ANA MARIA.

Apellidos: RODRIGUEZ SARRIA.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1065837238

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 12 Año 1997.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	13-3-19	0128M411	Berly Yicet
Fiebre Amarilla	Única	5-10-14	M5010	Luis Raul.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13-3-19	2215020168	Berly Yicet
	2	18-06-20	2215015178	Omaira M.
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2	18-06-20	UFX18011.	MERCEDES G.
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	18-06-20	V50220001	Ana P.
Otras Meningococo	1	13.03.19	744M	Luisa Salazar
Hepatitis A	2	18-06-20	744M	Luisa Salazar
Varicela	2	18-06-20	R043056	Luisa Salazar

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

Certificado internacional de la vacunación o de la profilaxis
International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)
Ana María Rodríguez Sarria
This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento 8/DIC/97
date of birth / née le

Sexo M (sur)
sex / sexe

Nacionalidad Colombiana
nationality / et de nationalité

Documento nacional de identificación CC 1065837238
national identification document / document d'identification national

Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Signature et titre du clinicien responsable*
Fiebre Amarilla	13/03/2019	

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis • Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Cuya firma aparece a continuación:
whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre Amarilla
name of the disease or condition / nom de la maladie ou de l'affection

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
In accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido desde: / *Certificate valid from:* / *Certificat valuable à partir du:*	hasta: / *until:* / *jusqu'au:*	Sello oficial del centro de vacunación / *Official stamp of the administering centre* / *Cachet officiel du centre habilité*
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis			
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot			
	2014	2024	

PÓLIZA Nº 1009629

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
13	12	2022	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	22382866-ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA	**CC**	1065.837.238
DIRECCIÓN	CARRERA 21A # 22-51, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3164951718
ASEGURADO	22382866-ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA	**CC**	1065.837.238
DIRECCIÓN	CARRERA 21A # 22-51, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3164951718

EMITIDO EN / MONEDA / TIPO CAMBIO	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
BARRANQUILLA / Pesos / 1.00	3502	35	13	12	2022	13	12	2022	00:00	13	12	2023	00:00	365

CARGAR A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
RODRIGUEZ SARRIA ANA MARIA	4. 30 DIAS	$ 250,000,000.00

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL, VALLEDUPAR, CESAR

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	250,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	250,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	250,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	250,000,000.00	SI	160,000.00
5	*PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS D	250,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	250,000,000.00	NO	0.00

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 0100010	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

CLASE CLASE 1 - SIN CIRUGIA

ESPECIALIDAD MEDICO GENERAL
Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******160,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******30,400.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****190,400.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

13/12/2022 17:10:06

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
6356	3	M Y S ASESORES ASOCIAD		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-07 20:34

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	MARÍA	RODRÍGUEZ	SARRIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1065837238

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	VALLEDUPAR

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$5.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$800.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$1.000.000,00
TOTAL	$6.800.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$8.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1065837238
NOMBRES Y APELLIDOS	Rodriguez Sarria,Ana Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	03/06/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rodriguez Sarria,Ana Maria, a los 05 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.837.238**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ANA MARIA RODRIGUEZ SARRIA

Sexo			
M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1065837238	VALLEDUPAR	21/12/2014

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X								X	0		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
8	12	1997	VALLEDUPAR	CRA 21 A # 22-51	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
anarsarria83@gmail.com	3164951718	3194951718

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado							

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
empleo	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 #23-42	SANTA MARTA		44365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 5'00.000			Total Egresos mensules: 2'700.000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales: 0				
Total Activos: 10'000.000			Total Pasivos: 0				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes: JUNIO	Año: 2023	Es declarante?	SI		NO	X

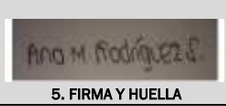
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si r NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento