FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Rosero | Ortiz | Ana Fernanda |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1079411256

GENERO: F ⊗ M ○ NB ○

NACIONALIDAD: COL. ○ EXTRANJERO ○ PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 03 MES 02 AÑO 1995

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL roserofernanda664@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | MEDIA | | TÍTULO OBTENIDO | EDUCACION MEDIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | | FECHA DE GRADO | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES 11 | AÑO 2016 |
| | | | | | | | | | | X | | |

**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).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

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

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| politecnico americano | EDUCACIÓN INFORMAL | 1500 | X | | tecnico en salud ocupacional | 12 | 2016 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO<br>Día Mes Año | | | FECHA DE RETIRO<br>Día Mes Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | | DIRECCIÓN |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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* 28-08-2025.

Ana fernanda Posero Ortiz

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.079
256
ROSERO ORTIZ
APELLIDOS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1995
ISNOS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-MAY-2013 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1902500-00463965-F-1079411256-20130904
0034712414A 1
39697026



República de Colombia

El Instituto de Educación para el Trabajo
y el Desarrollo Humano

# POLITÉCNICO AMERICANO

Neiva - Huila

*Aprobado según Resolución No. 1536 de Diciembre 18 de 2002*
*emanada de la Secretaria de Educación Municipal*

*Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional*
*como Técnico Laboral por Competencias*
*A:*

## Ana Fernanda Rosero O[illegible]

C.C. Nu. 1.079.411.256 de Tesalia

*Es apto para desempeñarse en el oficio de:*

## *Técnico Laboral por Competencias en*
## *Seguridad y Salud en el Trabajo*

*Por haber cursado y alcanzado los objetivos de formación*
*por la Institución y en cumplimiento de la reglamentación*
*con una intensidad de 1600 horas*

Director

# La república de Colombia

el Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

# Institución Educativa Cristóbal Colón

Iquira Huila

Autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Huila según Resolución No. 1937 del 12 de abril de 2016

## Confiere a:

## Ana Fernanda Rosero Ortiz

CC 1079411256 Tesalia Huila

## El Título de:

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes [illegible] Media Académica según los planes y programas vigentes [illegible]

Luis Fernando Delgado Román
C.C. 19.496.654 de Bogotá D.C.
Rector

Acta 25 libro 01 del 1 de [illegible]

Dado en la Inspección [illegible]
a los 01 días [illegible]

No requiere registro de la [illegible]

República de Colombia

El Instituto de Educación para el Trabajo
y el Desarrollo Humano

# POLITÉCNICO AMERICANO

Neiva - Huila

*Aprobado según Resolución No. 1536 de Diciembre 18 de 2008*
*emanada de la Secretaria de Educación Municipal*

*Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional*
*como Técnico Laboral por Competencias*
*A:*

## Ana Fernanda Rosero [illegible]

C.C. No. 1.079.411.256 de Tenala

*Es apto para desempeñarse en el cargo de:*

***Técnico Laboral por [illegible]***

***Manejo de [illegible]***

***Por haber cursado y alcanzado los [illegible]***
***por la Institución y en cumplimiento [illegible]***
***con [illegible]***

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
# Institución Educativa Cristóbal Colón
***Iquira Huila***

CÓDIGO ICFES: 087791 CÓDIGO DANE: 241357000545

En la Inspección Rionegro municipio de Iquira Huila al primer (01) día del mes de Diciembre de 2016, el suscrito Rector, formalizó la graduación de los estudiantes del último grado de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CRISTÓBAL COLÓN, de Iquira Huila**, aprobada en el nivel de educación media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según resolución No. 1937 del 12 de Abril de 2016 de la Secretaría de Educación Departamental Huila.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Ciclo 26 se procedió a otorgar el título de

## *Bachiller Académico*

Al graduando cuyos nombres y apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

## Ana Fernanda Rosero Ortiz

**CC 1079411256 Tesalia Huila**

Es fiel copia tomada del Acta original No.025 del uno (01) de Diciembre de 2016, consta de 20 estudiantes; comienza con el nombre de **FRANCY PATRICIA BERNAL VENACHI** y termina con el nombre de **FLORALBA YULE TOCONAS**. Firmada por **LUIS FERNANDO DELGADO ROMÁN**, Rector y **AURA MAGALY CAMPO VELASCO** Secretaria.

Dada en la Inspección Rionegro Municipio de Iquira - Huila, al primer (01) día del mes de Diciembre de 2016

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

En consideración se firma,

LUIS FERNANDO DELGADO ROMÁN
CC 19.496.654 de Bogotá
Rector

AURA MAGALY CAMPO VELASCO
CC 1.032.419.273 de Bogotá
Secretaria

ACTA INDIVIDUAL No.230

# ACTA DE GRADO 015

*En la ciudad de Neiva (Huila) a los Once (11) días del mes de Diciembre del año 2016, se reunieron con el fin de finalizar la graduación de los alumnos de último semestre, los suscritos Director General, Directora Sede y Secretaria, en la dirección del* ***INSTITUTO POLITÉCNICO AMERICANO****, Institución aprobada por la Secretaria de Educación Municipal según resolución No. 1536 del 18 de Diciembre del 2008.*

*Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al programa de* ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN MANEJO DE RESIDUOS,*** *se procedió a entregar el* ***CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL COMO TÉCNICO****, al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identificación se relacionan a continuación:* ***ROSERO ORTIZ ANA FERNANDA*** *con C.C. 1.079.411.256 de Tesalia.*

*Que consta de 42 alumnos y comienza con el nombre de* ***LUIS ARMANDO AGREDO ZUÑIGA*** *y cierra con el nombre de* ***MILEIDY VILLA FLOREZ.***

*Firmado y sellado por* ***ORLANDO PÉREZ DÍAZ,*** *Director General;* ***OLGA PATRICIA MEJIA RIVAS****, Directora Sede y* ***NATALIA QUINTERO FIGUEROA****, secretaria.*

*Dado en Neiva a los Once (11) días del mes de Diciembre del año 2016.*

*Firmado y Sellado*

**CERTIFICADO PERSONA NATURAL NO DECLARANTE DEL IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIO 2.025**

Iquira, 26 de agosto de 2025

Señores
E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Calle 2 No. 6-16
Iquira - Huila

Yo, ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1.079.411.256 de Tesalia Huila, con domicilio en Rionegro, manifiesto que NO estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta y complementario por el año gravable 2.024, debido a que:

1. NO soy responsable del impuesto a la venta -IVA-.
2. NO obtuve ingresos brutos superiores a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESO M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.024.
3. NO poseía un patrimonio bruto a diciembre 31 de 2.024 superior a CIENTO NOVENTA MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($190.854.000).
4. NO tuve consumos con tarjeta de crédito, compras y egresos totales, así como no tuve movimientos bancarios durante el 2024, por un valor superior a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.024.

A continuación, relaciono datos de interés y la información de las personas a cargo:

| NOMBRE | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Andrés Felipe Mahecha Rosero | 1.084.868.036 | hijo |
| | | |

Actividad económica (registrada en el RUT):

Ana fernanda Rosero.O.
ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ
CC. No. 1.079.411.256 DE TESALIA

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 | INGRESO | Fecha de publicación | 2025-08-26 15:33 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANA | FERNANDA | ROSERO | ORTIZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1079411256 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | HUILA | Municipio | ISNOS |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | HUILA | Municipio | ÍQUIRA |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | HUILA | Municipio | ÍQUIRA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["CALLE 2 No. 6-16"] |
|---|---|
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $22.250.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $1.200.000,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $100.000,00 |
| TOTAL | $23.550.000,00 |

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 | $100.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| CASA | COLOMBIA | HUILA | ÍQUIRA | $24.000.000,00 |

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 [X] No [ ]

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL | JUNTA DIRECTIVA | SOCIO | COLOMBIA |

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:

| |
|---|
| |

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 279155666

PIB
14:15:04


Bogotá DC, 26 de agosto del 2025

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 FERNANDA ROSERO ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1079411256:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:16:47 PM horas del 26/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1079411256**

Apellidos y Nombres: **ROSERO ORTIZ ANA FERNANDA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/08/2025 02:17:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1079411256** y Nombre: **ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **122146907** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 14:19:38 horas del 26/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1079411256,** Apellidos y Nombres **ROSERO ORTIZ ANA FERNANDA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA,** con NIT **891103968-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1079411256 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 26/08/2025 02:43 PM

Código Verificación: **M4D2GLXQZW**

Válida hasta: **24/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

**DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Iquira, 26 de agosto de 2025

Señores
E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
IQUIRA-HUILA

Certifico bajo la gravedad de Juramento YO, ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ mayor de edad, natural de Iquira Huila, Identificado (a) con cédula de ciudadanía No 1.079.411.256 de Tesalia Huila, CERTIFICO Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, articulo 127 de la Constitución Nacional, artículo 18 de la Ley 1150 del 2007 y demás normas aplicables para contratar con el Estado y por consiguiente, con la ESE Hospital María Auxiliadora de, Iquira (H)

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada

Atentamente

Ana Fernanda Rosero O.

ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ
C.C. No 1.079.411.256 de Tesalia H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CLICK PARA REINICIAR TODO

# SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

## AFILIACIÓN

### II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

| 6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO: Rosero. | SEGUNDO APELLIDO: Ortiz | PRIMER NOMBRE: Ana | SEGUNDO NOMBRE: Fernanda | | | | | | | | |
| 7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.079.411.256 | | | | | | | | 9. SEXO BIOLÓGICO | X | M |
| SEXO DE IDENTIFICACIÓN | X | M | T | NB | 10. FECHA NACIMIENTO | DD: 03 | MM: 02 | AAAA: 1995 | PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia | | 11. NACIONALIDAD: Colombia |

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | ZONA | TELÉFONO MÓVIL |
|---|---|---|---|
| Iquira | Huila | Rio Negro. | 3174650494 |

| TELÉFONO FIJO | EXT. | CORREO ELECTRÓNICO | IPS | IPS ODONTOLÓGICA |
|---|---|---|---|---|
| | | roseroFernanda664@gmail.com | Hospital Maria Auxiliadora | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 39. Nombre o Razón Social | 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 41. Número documento de identidad | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| Hospital María Auxiliadora | NIT. | 891103968-1 | | |

| 43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | TIPO NOMENCLATURA | URBANA | RURAL | | | | | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Calle 2 A | | # 6 | | 16 | Calle 2A # 6-16 | | | Iquira | Huila |

| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO FIJO | EXT | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | DD: 28 | MM: 08 | AAAA: 2025 | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Promotor de salud | | $1.200.000 |

### IX. FIRMAS

| 61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique | 62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| Ana fernanda Rosero ortiz. | |

VIGILADO Supersalud

* 01B 00000000 *

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

**I. DATOS DEL TRÁMITE** — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

**A. AFILIACIÓN**

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ( Del cotizante o cabeza de familia)**

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Rosero — SEGUNDO APELLIDO: Ortiz — PRIMER NOMBRE: Ana — SEGUNDO NOMBRE: Fernanda

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. | M.S. | R.C. | T.I. [X] | C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | A.S. | P.T.
10. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.079 411.256
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F | M | T | NB | Otro — Cual?
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: Colombia — DEPARTAMENTO: Huila — MUNICIPIO: Iquira
15. FECHA NACIMIENTO: 03 02 1995

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [X] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL 1 — GRUPO A 2
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. AFP
24. IBC
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Rio - Negro
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3174650494
CORREO ELECTRÓNICO: rosaFernanda864@gmail.com
DEPARTAMENTO: Huila
MUNICIPIO/ DISTRITO: Iquira - Huila
LOCALIDAD/COMUNA: Rio - Negro
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario** (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. | C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | P.T.
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F | M | T | NB | Otro — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

| | 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN | 41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD: SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE: SI | NO | 51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA: CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de Identificación: N.I. | T.I. | C.C. | C.E. | S.C. | P.A. | C.D. | P.T.
57. Número del documento de Identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. | C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F | M | T | NB | Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA | MES | AÑO
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. | C.C. | C.E | S.C. | C.D. | P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

**IX. FIRMAS**

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

**X. ANEXOS**

82. Anexo copia del documento de identidad: CN | MS | RC | TI | CC | CE | SC | PA | CD | AS | PT
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos [ ]

**XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES**

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio [ ] — Código del departamento [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

**XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.**

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | P.T.
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

**Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.**

- ORIGINAL: E.P.S. -

porvenir
sólo hay uno

**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 FERNANDA ROSERO ORTIZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.411.256**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

# Certificado de depósito de bajo monto

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Martes, 26 de agosto de 2025**

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ identificado con cédula de ciudadanía 1079411256, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

| Número de Depósito Nequi | Número de producto interno | Estado | Fecha de apertura |
|---|---|---|---|
| 3174650494 | 87077631360 | ACTIVA | 17-04-2025 |

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141201946814

(415)7707212489984(8020) 000014120194681 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 7 9 4 1 1 2 5 6 | 6. DV: 0 | 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Neiva | 14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 9 4 1 1 2 5 6 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Huila 4 1 | Tesalia 7 9 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROSERO | ORTIZ | ANA | FERNANDA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Huila 4 1 | Iquira 3 5 7 |

41. Dirección principal: VDA EL PATO CORR RIO NEGRO

42. Correo electrónico: roserofernanmda664@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### 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 2 1 1 | 2 0 2 5 0 8 2 8 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

59. Anexos SI [X] NO [ ]

**Para uso exclusivo de la DIAN**

60. No. de Folios: 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante: Ana fernanda Rosero ortiz

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RAMIREZ AGUILERA MARIA CONSTANZA

985. Cargo: Gestor III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 28-08-2025 07:16:32AM

DR. JULIO ALFREDO GÓMEZ INSUASTY
Médico Laboral y Auditor SGSS
Universidad de Caldas y UCC
✆: 314 335 2675
medicojuliogomez@hotmail.com

- Exámenes Médicos Laborales
- Dictámenes de calificación de origen
- Dictámenes de pérdida de capacidad laboral
- Asesoría Legal en Asuntos Laborales
- Consulta Médica Laboral
- Auditoría Médica y Gerencia SGSS
- Consulta Médica General
- Consulta Médica de Urgencias

# CONCEPTO DE APTITUD MEDICO LABORAL DE INGRESO

| DATOS DE USUARIO | | | | TIPO DE EVALUACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| FECHA | | 27-08-2025 | | INGRESO |
| ACTIVIDAD ECONOMICA | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |
| NOMBRE DEL USUARIO | | ANA FERNANDA ROSERO ORTIZ | | |
| DOCUMENTO | | 1.079.411.256 | | |
| CARGO | | | | |
| GENERO | F | EDAD | 30 A | |

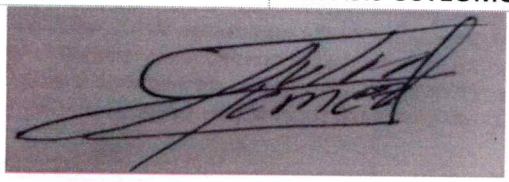
**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXAMENES**

| | | |
|---|---|---|
| EMPRESA | HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA | |
| CARGO | LIDER DEL GRUPO DE RIO NEGRO | |

| **EXAMEN DE INGRESO-CONCEPTO.** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DE APTITUD: **APTO PARA EL CARGO.** | X | | |

| | |
|---|---|
| RECOMENDACIONES LABORALES | ACTICIDAD FISICA, ALIMENTACION SALUDABLE, CONTROL DE PESO |
| | UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION LABORALES |

| **REMISIÓN** | **PARTICULAR** | **ARL** | | **EPS** | **REGIMEN ESPECIAL** |
|---|---|---|---|---|---|
| NO | X | SI | SI | | |
| **RECOMENDACIONES:** | | | **RESTRICCION** | | **PERFIL LABORAL** |
| GENERALES. | | | NINGUNA | | **CUMPLE** |
| **OBSERVACIONES** | **PACIENTE CON EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE SECUELAS POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES Y SIN SOSPECHA CLINICA INFECCIONES APT0 PARA LABORAR. CON EXAMEN FISICO DE ENFASIS OSTEOMUSCULAR ADECUADO PARA SU EDAD Y CARGO A DESEMPEÑAR.** | | | | |



**JULIO ALFREDO GOMEZ INSUASTY**
***MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL***
***RM 86385-2000 Y LICENCIA OCUPACIONAL NO-2231-2015.***

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Ana Fernanda

Apellidos: Rosero Ortiz

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1079 411 256

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 02 Año 1995

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | Unica | 01-08-21 | Janssen | VLA21A | Hospital Md. AUX. | Tatiana Zuñiga P. | 1009074911 |
| | 2 | | | | | | |
| | | | | | | | |