DOCUMENTO	ADJUNTA		
	SI	NO	N/A
1. Carta de presentación de la oferta: suscrita por el proponente	X		
2.Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía	X		
3. La proponente persona jurídica deberá acreditar su existencia y representación legal mediante el certificado expedido por la cámara de comercio. expedido no mayor a treinta (30) días anteriores al cierre del presente proceso de selección.			X
4. Copia de registro único tributario (RUT).	X		
5.Certificado de antecedentes fiscal emitido por la Contraloría General de la República (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
6. Certificado de antecedentes disciplinarios emitido por la Procuraduría General de la Nación (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
7. Certificado de antecedentes penales emitido por la Policía Nacional (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
8. Certificado de antecedentes del sistema nacional de medidas correctivas ley 1801 de 2016 (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
9.Certiicado REDAM (Igual requisito deberá cumplir el representante legal de las personas jurídicas).	X		
10. Persona natural: Acreditar que se encuentra afiliado al sistema de seguridad social y/o pago de la seguridad social (certificación de afiliación a EPS- ARP y ARL). Articulo 23 ley 1150 de 2007. 10. Persona jurídica: Acreditar que se encuentra al día en los aportes de seguridad social EPS- ARP y ARL) y aportes parafiscales (Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar) durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente.	X		
11.Tener resuelta o definida su situación militar, anexar certificación o Libreta Militar			X
12.Formato único de Hoja de vida (Departamento Administrativo de la Función Pública SIGEP II)	X		
13. Formato único de Declaración juramentada de bienes y rentas y actividad económica privada (Departamento Administrativo de la Función Pública SIGEP II)	X		
14. Carta de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la constitución o la ley para suscribir el correspondiente contrato (es un documento que elabora el contratista y llevará su firma	X		
15. Certificado de compromiso anticorrupción	X		
16. Certificado de (multas y sanciones)	X		
17. Compromiso de pacto de integridad y transparencia debidamente firmado.	X		
18. Certificado del artículo 3.2.7.5 del decreto 1273 de 2018. (aplica solo a persona natural)	X		

19. Autorización a la entidad, para indagar si se encuentra inscrito en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad (Solo para personal que tenga relación directa y habitual con menores).	X		
20. Certificados académicos que acrediten la idoneidad para cumplir con el objeto contractual (Copia de diplomas, acta de grado, tarjeta profesional contadores, abogados e ingenieros etc)	X		
21.Certificados de experiencia (Uno o más certificados)			X
22. Examen médico PREOCUPACIONAL (Ley 1562 de 2012) vigente	X		
23.Paz y Salvo Municipal	X		
24. Certificación bancaria	X		

ROL	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Revisó y aprobó	Secretaria de Salud y Bienestar Social	GLADYS CECILIA OCAMPO AGUDELO	
El arriba firmante declara que ha revisado el documento y lo encontró ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo su responsabilidad lo presenta para firma.			

Alejandría, julio 30 de 2026

Doctora
GLORIA CECILIA NARANJO
Alcaldesa municipal de Alejandría, Antioquia

Doctora
GLADIS CECILIA CAMPO AGUDELO
Secretaria de salud y bienestar social
Municipio Alejandría, Antioquia

OBJETO GENERAL DE LA PROPUESTA, ÁREA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVCIOS PROPFESIONALES EN EL AREA DE SALUD PUBLICA, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA, EN VIRTUD DEL PROYECTO BPIM # 2024050210019.

ALCANCE TÉCNICO DE LA PROPUESTA

1) Apoyar en la administración de la base de datos del sistema de Vigilancia en salud Pública - SIVIGILA escritorio y SilVIGILA Web, reporte semanal y/o inmediato según el caso
2) Apoyar en la revisión y reporte de la búsqueda activa Institucional - BAI al Departamento y seguimiento a los casos encontrados con periodicidad mensual.
3) Apoyar en el reporte SIANIESP al Departamento y seguimiento con periodicidad mensual.
4) Acompañar en el seguimiento y reporte al Departamento del programa de Tuberculosis y Lepra con periodicidad Trimestral.
5) Acompañar en el seguimiento a la Base de Datos del RUAF - Nacimientos y defunciones (Control de certificados de nacidos vivos y defunciones, Vigilancia en Salud pública.
6) Acompañar en el seguimiento a los eventos de interés en salud pública que se presente y estén registrados en SIVIGILA y a los que están contratados con la ESE Hospital Luis Felipe Arbeláez.
7) Acompañar en el seguimiento y reportar al Departamento de las acciones de prevención de IRA y EDA, coordinación intersectorial.
8) Realizar visitas de inspección y vigilancia al kit de código fucsia de la ESE Hospital Luis Felipe Arbeláez.

9) Liderar conjuntamente con la Secretaria de Salud y Bienestar Social los COVE Municipal (análisis de los eventos de interés en salud pública - análisis de nacimientos y defunciones).

10) Apoyar la Gestión de las Intervenciones Colectivas, Brindar Acompañamiento y vigilancia a las actividades ejecutadas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC- 2026.

11) Acompañar en el seguimiento y reporte al Departamento de las gestantes no aseguradas.

12) Acompañar en el seguimiento a la mortalidad materna a través del aplicativo Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basada en la web - SVEMMBW.

13) Presentar cada mes informe de ejecución del contrato y cada vez que sea requerido por la supervisora del contrato.

14) Elaborar SITREP (Reporte de Situación) siempre que se requiera teniendo en cuenta que este resume la situación actual de un evento o brote de interés en salud pública, proporcionando un análisis y un resumen para la toma de decisiones y el control del riesgo. Este informe estandarizado, incluye información sobre la verificación, el impacto, las conclusiones, las necesidades de recursos y las actividades de gestión realizadas.

15) Apoyar en la elaboración y el diligenciamiento de los diferentes informes y reportes de los diferentes eventos en salud publica en el Municipio.

16) Apoyar la solicitud de medicamentos para programas especiales en salud pública, verificando el envio oportuno, la disponibilidad, según se requiera y el seguimiento del tratamiento.

17) Diseñar, apoyar e implementar, en articulación con la Secretaría de Salud y Bienestar Social y las instituciones competentes, estrategias de promoción de la actividad física, estilos de vida saludables y prevención del sedentarismo, dirigidas a los diferentes grupos poblacionales del municipio, mediante acciones de información, educación y comunicación (IEC) y demás actividades de salud pública que se programen.

18) Apoyar el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, mediante la identificación de factores de riesgo, el acompañamiento a estrategias educativas, la articulación interinstitucional y el seguimiento a las actividades comunitarias que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

19) Apoyar la implementación de estrategias de rehabilitación basada en comunidad y de promoción del mantenimiento de la capacidad funcional de las personas con discapacidad y otros grupos priorizados, mediante acciones de educación, orientación, articulación

interinstitucional y acompañamiento a las actividades de salud pública que adelante la Secretaría de Salud y Bienestar Social, de conformidad con los lineamientos técnicos aplicables.

20) Las demás funciones direccionadas por la Secretaria de Salud y Bienestar Social, previamente acordadas entre las partes y que guarden relación con el objeto a contratar

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Una vez evaluados los aspectos para los cuales pueda prestar mis servicios, se definirá en coordinación con la secretaria de salud y bienestar social, la opción más adecuada para la aplicación de los aspectos técnicos de la ejecución del trabajo, para lo cual presento la siguiente alternativa.

Trabajo operacional y técnico 100% con asistencia y presencia cuando sea requerido, con disponibilidad durante todo el tiempo necesario con contacto y comunicación permanente, garantizando el cumplimiento de obligaciones contractuales.

VALOR DE LA PROPUESTA: Diecisiete millones trecientos veinticinco mil pesos (17.325.000)

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Ana Isabel Restrepo Morales
ESTADO CIVIL: Soltera
CELULAR: 3147575724

RESUMEN ESTUDIOS: Fisioterapeuta
SEGURIDAD SOCIAL: La asumo en su totalidad
DURACIÓN DEL CONTRATO: Cuatro (4) meses y diecisiete (17) días
FORMA DE PAGO: Mes vencido, una vez entregada la evidencia del cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Por ser un contrato de prestación de servicios, no se causa relación laboral alguna y sólo se genera el pago de honorarios.

Disposición inmediata para entrevista en forma personal y resolver sus inquietudes.

Atentamente

Ana Isabel Restrepo Morales

ANA ISABEL RESTREPO MORALES
CC. 1.001.142.050

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.142.050**
RESTREPO MORALES

APELLIDOS
ANA ISABEL

NOMBRES

Ana Isabel Restrepo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-2003**
ALEJANDRIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO

22-ENE-2021 ALEJANDRIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0101000-01205986-F-1001142050-20210131 **0073**249562A 1 52219946

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141267307853

(415)7707212489984(8020) 000014126730785 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 1 1 4 2 0 5 0	2	Impuestos de Medellín 1 1	

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 0 1 1 4 2 0 5 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Alejandría 0 2 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RESTREPO	MORALES	ANA	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Alejandría 0 2 1

41. Dirección principal
CR CORDOBA 20 40

42. Correo electrónico restrepoanaisabel0207@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 7 5 7 5 7 2 4	

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

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-08-11 / 07:33:19PM

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RESTREPO MORALES ANA ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de julio de 2026, a las 13:37:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1001142050
Código de Verificación	1001142050260724133710

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299994152

PIB
13:44:54

Bogotá DC, 24 de julio del 2026

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 ISABEL RESTREPO MORALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1001142050:

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:03:20 AM horas del 01/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1001142050**

Apellidos y Nombres: **RESTREPO MORALES ANA ISABEL**

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

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, 01/08/2026 11:01:14 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1001142050** y Nombre: **ANA ISABEL RESTREPO MORALES.**

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. **145013795** . 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

TIC

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 1001142050 **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 24/07/2026 02:15 PM

Código Verificación: **3GUZWN81KP**

Válida hasta: **22/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **ANA ISABEL RESTREPO MORALES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1001142050** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001142050
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA ISABEL RESTREPO MORALES
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	22/07/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **27/07/2026**

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

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 31 de Julio de 2026 2026_12636701-50986338

Señor (a):
ANA ISABEL RESTREPO MORALES
RESTREPOANAISABEL0207@GMAIL.COM
ALEJANDRIA - ANTIOQUIA

Referencia: Radicado No. 2026_12636701 del 31 de Julio de 2026
Ciudadano: ANA ISABEL RESTREPO MORALES
Identificación: C.C. 1001142050
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Medellín, 11 de august de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ANA ISABEL RESTREPO MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1001142050 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/08/2026 **Fecha fin cobertura:** 30/12/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

MUNICIPIO DE ALEJANDRIA N890983701

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000004 - AREA ADMINISTRATIVA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1841202 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS ORGANISMOS DE DEFENSA Y SEGURIDAD

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841202 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS ORGANISMOS DE DEFENSA Y SEGURIDAD

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1841202

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/08/2026 8.22 PM

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
Restrepo	Morales	Ana Isabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1001142050	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 01 AÑO 2003

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO ALEJANDRÍA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 20 40A 20 OESTE

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO ALEJANDRÍA

TELÉFONO EMAIL restrepoanaisabel0207@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	8	X		FISIOTERAPIA	11	2024	1001142050

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

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*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día		*Mes*		*Año*		*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*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 1 de Agosto 2026

Ana Isabel Restrepo Morales

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.

Alejandría - 1 de agosto 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-08-11 19:21

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	ISABEL	RESTREPO	MORALES

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1001142050

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ALEJANDRÍA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ALEJANDRÍA

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	ALCALDIA DE ALEJANDRIA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ALEJANDRÍA

Dirección	["Calle 20 No 19-36"]
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 2025 fueron:

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

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	$0,00

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:

CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTOS DE INTERES

Señores
Municipio de ALEJANDRIA

La Suscrita, ANA ISABEL RESTREPO MORALES, identificada con C.C. 100142050

CERTIFICA

Que conozco las causales de inhabilidades e incompatibilidades para contratar con entidades estatales, de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, así mismo, que conozco las sanciones establecidas por transgresión a éstas, descritas en los artículos 26 numeral 7º y 52; de igual manera, que conozco los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1 de la Ley 80 de 1993.

Declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento, para celebrar el contrato de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE LA SALUD PUBLICA, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA ANTIOQUIA.

Dado en el Municipio de Alejandría, a los treinta (30) días del mes Julio de 2026

Ana Isabel Restrepo Morales
ANA ISABEL RESTREPO MORALES
C.C. 1001142050

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Señores

MUNICIPIO DE ALEJANDRÍA

Yo, Ana Isabel Restrepo Morales, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado Colombiano y de la Alcaldía del Municipio de Alejandría para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la Administración pública.
2. No estoy causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del proceso de contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dadivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la entidad contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el proceso de contratación.
5. Me comprometo a revelar información que sobre el proceso de contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 30 días del mes de Julio de 2026

Ana Isabel Restrepo Morales

ANA ISABEL RESTREPO MORALES

CC 1001142050

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE MULTAS Y SANCIONES

Señores
MUNICIPIO DE ALEJANDRIA

ASUNTO: DECLARACIÓN DE MULTAS Y/O SANCIONES

ANA ISABEL RESTREPO MORALES, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1001142050, declaro bajo gravedad de juramento, que la firma que represento, ni los socios de esta, **no** han sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos, en los términos del artículo 43 de la ley 1955 de 2019, modificatorio del artículo 90 de la Ley 1474 de 2011:

a) Haber sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, con una o varias entidades estatales, durante los últimos tres (3) años;

b) Haber sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos, con una o varias entidades estatales, durante los últimos tres (3) años;

c) Haber sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales.

La inhabilidad se extenderá por un término de tres (3) años, contados a partir de la publicación del acto administrativo que impone la inscripción de la última multa o incumplimiento en el Registro Único de Proponentes, de acuerdo con la información remitida por las entidades públicas. La inhabilidad pertinente se hará explícita en el Registro Único de Proponentes cuando a ello haya lugar.

Dado a los treinta (30) días del mes de Julio de 2026.

Ana Isabel Restrepo Morales
ANA ISABEL RESTREPO MORALES
C.C. 1001142050

PACTO DE INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA

El suscrito ANA ISABEL RESTREPO MORALES, ante la opinión pública nacional como CONTRATISTA, en el CONTRATO cuyo objetivo es FORTALECER EL PROCESO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, DEL MUNICIO DE ALEJANDRÍA ANTIOQUIA, así como de todos los funcionarios y asesores que directa o indirecta, formal o informal o accidentalmente han determinado nuestra participación en este contrato, o intervención en la preparación de nuestra propuesta para participar en este proceso y por la otra LOS FUNCIONARIOS Y ASESORES de la ENTIDAD que directa, indirecta formal o accidentalmente han participado y/o participaran en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso revisión, y definición, hemos acordado suscribir el presente PACTO DE INTEGRIDAD, teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores. Sin perjuicio del de la Ley colombiana, el Pacto de integridad se enfoca en el compromiso de no sobornar con el fin de obtener ni retener un convenio u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación. Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dadivas u otros favores ofrecidos y concedidos, de manera directa o a través de terceros a funcionarios o asesores de LA ENTIDAD.

La persona participante y de LA ENTIDAD, asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso. A la empresa le complace confirmar que:

- No han ofrecido o concebido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa, ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor de LA ENTIDAD sus parientes, o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este convenio u otra ventaja impropia.
- No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este convenio. La empresa comprende la importancia material de estos compromisos para LA ENTIDAD y la seriedad de los mismos.
- Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES de LA ENTIDAD, también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán, ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte de la empresa participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del convenio.
- La empresa participante desarrolla sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar medidas necesarias a fin de que este compromiso de no soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y suboferentes.
- Este compromiso se presenta en nombre y de parte del proponente.
- Con respecto a la presentación de la propuesta, la persona participante se compromete a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con

una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el pliego.

- La persona participante declara públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 30 días del mes de Julio de 2026

Ana Isabel Restrepo Morales

ANA ISABEL RESTREPO MORALES

CC 1001142050

FORMATO

REPORTE DE INFORMACION

ANA ISABEL RESTREPO MORALES**,** identificado con la cedula de ciudadanía numero 1001142050, dando cumplimiento al **artículo 3.2.7.5.** del **Decreto Nacional 1273 de 2018,** informo:

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

	SI	**NO**
1. Ostento la calidad de pensionado y tengo requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones.	X	
2. Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaría, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el Ingreso Base de Cotización (IBC) en cada uno de ellos.		X
3. Totalidad de mis ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe obligación de realizar la retención de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional (FSP), la entidad contratante efectuará el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.		X
4. Cotizo por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes.		X
5. El porcentaje sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un Ingreso Base de Cotización (JBCJ superior al 40% del valor mensualizado del contrato.		X
6. Pertenezco a un Régimen Especial o de Excepción en salud, y por tal razón el pago de la cotización a salud debe realizarse de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el artículo 2.1.13.5 del presente decreto.		X
7. Deseo efectuar voluntariamente aportes a una Caja de Compensación Familiar.		X
8. Voy a realizar aportes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) adicional.		X
9. Efectué traslado en alguna de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral o de caja de compensación familiar.		X

Ana Isabel Restrepo Morales

ANA ISABEL RESTREPO MORALES

C.C. 1001142050

FORMATO

AUTORIZACIÓN DEL CONTRATISTA, PARA INDIGAR SI ME ENCUENTRO INSCRITO EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD

La Suscrita. ANA ISABLE RESTREPO MORALES identificada con C.C. No 1.001.142.050

AUTORZA

A LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRÍA, ANTIOQUIA

Para que los términos del artículo 4 de la Ley 1918 de 2018, **INDAGUE SI ME ENCUENTRO INSCRITO EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELISTOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD**

ARTÍCULO 4. Deber de verificación. Es deber de las entidades públicas o privadas, de acuerdo a lo reglamentado por el Gobierno Nacional, verificar, previa autorización del aspirante, que este no se encuentre inscrito en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad, en el desarrollo de los procesos de selección de personal para el desempeño de cargos, oficios, profesiones que involucren una relación directa y habitual con menores previamente definidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Igualmente, autorizo, para que esta verificación, se actualice cada cuatro meses después del inicio de la relación contractual, laboral o reglamentaria.

Dado en el Municipio de Alejandría al 01 de agosto de 2026

Ana Isabel Restrepo Morales

ANA ISABEL RESTREPO MORALES
Contratista

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 11:39:56 horas del 12/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1001142050,** Apellidos y Nombres **RESTREPO MORALES ANA ISABEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Alcaldía Municipal de Alejandría** , con NIT **890983701-1** 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

ANA ISABEL RESTREPO MORALES
CC 1001142050
Fundación Universitaria María Cano
Medellín



Fecha Expedición Diploma: 2025-04-10
Fecha Inscripción RETHUS: 2025-04-14

Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar
al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co

COLFI - 29113

Karim Martina Alvis Gomez
Representante Legal

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

PERSONERÍA JURÍDICA Nº. 17996, NOVIEMBRE DE 1987 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

ANA ISABEL RESTREPO MORALES

C.C. 1001142050

HA CUMPLIDO LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

FISIOTERAPEUTA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA Y EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN , EL DÍA 10 DEL MES DE ABRIL DE 2025

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO

VIGILADO MINEDUCACIÓN

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1001142050

Primer Nombre

ana

Primer Apellido

restrepo

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9204

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-11 → 7:32:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1001142050	ANA	ISABEL	RESTREPO	MORALES	Vigente	V

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 ISABEL RESTREPO MORALES identificado(a) con CC 1001142050 registra La siguiente información:

2026-08-11 → 7:32:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2025-04-14	21928	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

IPS Laboral Salud Sonson S.A.S
Zomac
Dir: Carrrera 7 # 5-63 - Tel: 3205691698
Email: ips.laboralsalud2025@gmail.com

Fecha Impresión: 21/07/2026 10:06:21 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Evaluadora: IPS LABORAL SALUD SONSON SAS ZOMAC | **NIT:** 901934928-6 | **Teléfono:** 3205691698 - 3147195858

Código de habilitación: 057562493201 | **Correo:** ips.laboralsalud2025@gmail.com | **Sede:** MEDICINA OCUPACIONAL | Departamento: Antioquia | Ciudad: Sonsón

Fecha del Exámen: 21/07/2026 10:01 | Fecha Atención: 21/07/2026 10:01 | Tipo(s) de evaluación: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS PERSONALES



Nombres: ANA ISABEL | Apellidos: RESTREPO MORALES
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía | Nro Documento: 1001142050
Fecha Nacimiento: 2003-01-07 Edad: 23 años | Sexo: Femenino
Dirección: CARRERA CORDOBA Nº 20-40 | Teléfono : 3147575724
Lugar Residencia: Alejandria
Profesión/ocupación: AUXILIAR ADMINISTRATIVA
EPS: SURA | ARL:
Pensiones: | Cesantias:

ESTA ORDEN ES PARTICULAR

Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA | Perfil Biológico: | Factores de Riesgo: | Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto APTO SIN PATOLOGIAS

Concepto al Énfasis

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones para el trabajador

SISTEMA OSTEOMUSCULAR NORMAL SIN DOLOR, DEFORMIDADES NI LIMITACIONES DE MOVIMIENTO, CON FUERZA CONSERVADA, POSTURA Y MARCHA SIMÉTRICAS, RANGOS DE MOVIMIENTO (ROM) COMPLETOS Y SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN O DEBILIDAD, EVALUANDO HUESOS, MÚSCULOS, ARTICULACIONES, LIGAMENTOS Y TENDONES. SE VERIFICA LA INTEGRIDAD Y FUNCIÓN DE LOS COMPONENTES (HUESOS, MÚSCULOS, ARTICULACIONES, ETC.), OBSERVANDO ALINEACIÓN, TONO MUSCULAR, TROFISMO Y AUSENCIA DE CONTRACTURAS, DOLOR O LIMITACIÓN FUNCIONAL, INDICANDO QUE TODO ESTÁ SANO Y PERMITE ACTIVIDADES NORMALES. EVALUACIÓN DE OPTOMETRÍA SALUD OCULAR Y FUNCIONAL QUE EVALÚA LA AGUDEZA VISUAL, LA SALUD INTERNA/EXTERNA DEL OJO. INCLUYE PRUEBAS PRELIMINARES, EVALUACIÓN DE LA MOTILIDAD, REFRACCIÓN SUBJETIVA/OBJETIVA, ACOMODACIÓN, VISIÓN BINOCULAR Y FONDO DE OJO (NERVIO ÓPTICO, RETINA, MÁCULA).NORMAL. AGUDEZA AUDITIVA: NORMAL.REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULARMENTE, COMER SALUDABLE, EVITAR EL ESTRES.

SE RECOMIENDA CUMPLIR CON EL PROTOCOLO ESPECÍFICO SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL Y UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; HACER USO DE PROTECCIONES AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO, REALIZAR CONTROLES AUDITIVOS ANUALES Y MANTENER UNA CORRECTA HIGIENE AUDITIVA; MANTENER ACTUALIZADO EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN; LLEVAR UNA DIETA BALANCEADA QUE FAVOREZCA EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL; REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E IMPLEMENTAR HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL; USAR GAFAS DE PROTECCIÓN DURANTE LAS LABORES QUE LO REQUIERAN; ACATAR LAS MEDIDAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA EN LA MANIPULACIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO, ASISTIENDO ADEMÁS A LAS CAPACITACIONES CORRESPONDIENTES; SEGUIR ESTRICTAMENTE LAS RECOMENDACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL; Y REALIZAR DE MANERA PERIÓDICA LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL PARA GARANTIZAR EL ADECUADO SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la empresa

ES IMPORTANTE FOMENTAR LA COLABORACIÓN CON ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN, OFRECER RETROALIMENTACIÓN CONSTANTE Y RECONOCIMIENTO, Y

ASEGURAR EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL A TRAVÉS DE PAUSAS ACTIVAS Y PROGRAMAS DE SALUD LABORAL EPP, HIGIENE POSTURAL PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES (ESTRÉS/SOBRECARGA) Y EL FOMENTO DE UN CLIMA LABORAL POSITIVO MEDIANTE COMUNICACIÓN ABIERTA. ES CRUCIAL IMPLEMENTAR PAUSAS ACTIVAS, AJUSTAR PUESTOS DE TRABAJO SEGÚN RESTRICCIONES MÉDICAS Y CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD PARA EVITAR SANCIONES

Procedimientos Realizados

✔ EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

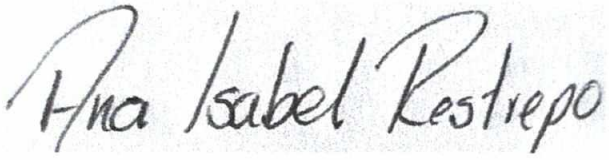
PESO	TALLA	IMC	INTERPRETACIÓN
61	161	23.533	Normal

Recomendaciones Generales

✔ Exámen Periódico Ocupacional ✔ Uso de E.P.I ✔ Pausas Activas

✔ Higiene Postural





PROFESIONAL: IPS LABORAL SALUD SONSON S.A.S ZOMAC

PACIENTE: ANA ISABEL RESTREPO MORALES

Documento: NIT: 901934928-6

Documento: Cédula de ciudadanía: 1001142050

REPRESENTANTE LEGAL

MUNICIPIO DE ALEJANDRIA - ANTIOQUIA TESORERÍA DE RENTAS MUNICIPALES

21 de Julio de 2.026

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO Nº 10843

EL SUSCRITO TESORERO

CERTIFICA:

Que el señor Ana Isabel Restrepo Morales, con cédula No. 1.001.142.050 de Alejandría, vecino de Alejandría, se encuentra a Paz y Salvo con el Tesoro Municipal por concepto de todo lo relacionado con el fisco municipal

Tesorería de Rentas Municipales

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

NOTA: Los funcionarios que expidan este certificado son responsables de las sumas que adeuden los respectivos interesados, sin perjuicio de la sanción penal por el delito en que incurren de conformidad con las disposiciones del Código Penal.

ORIGINAL: Interesado 1a. COPIA: Contraloría 2a. COPIA: Archivo de la dependencia

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Lunes, 27 de julio de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **ANA ISABEL RESTREPO MORALES**, identificado con CC. **1.001.142.050**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	69300043062	2026/07/27	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

LA SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE AEJANDRIA, ANTIOQUIA

EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, SEGÚN EL DECRETO DE DELEGACION NUMERO 012 DE 2024

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, la ADMINISTRACION CENTRAL DEL MUNICIPIO DE ALEJANDRIA, podrá contratar directamente con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad y experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario que se haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el Ordenador del Gasto deberá dejar constancia escrita.

Para efectos de llevar a cabo la contratación directa, una vez elaborados los estudios previos, se analiza la hoja de vida única del contratista **ANA ISABEL RESTREPO MORALES**, identificado con Cedula de Ciudadanía **C.C. 1.001.142.050** de **Alejandría**. junto con las certificaciones de estudios y de experiencia aportados con la misma, en la cual se evidencia lo siguiente:

1. FORMACIÓN ACADÉMICA DEL CONTRATISTA		
REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS DE FORMACIÓN ACADÉMICA		
Fisioterapeuta		
1.2 FORMACIÓN ACADÉMICA ACREDITADA DEL CONTRATISTA	**CUMPLE**	
	SI	**NO**
Fisioterapeuta	X	

2. EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA		
EXPERIENCIA EXIGIDA		
El proponente deberá acreditar una experiencia general en el ejercicio de su profesión o la actividad de al menos un (01) contrato, "Similar al objeto contractual o relacionado con el alcance del contrato"		
2.2. EXPERIENCIA ACREDITADA DEL CONTRATISTA ACREDITA	**CUMPLE**	
N/A	**SÍ**	**NO**

Analizados los aspectos establecidos en los estudios previos, certifico que **ANA ISABEL RESTREPO MORALES** cuenta con los requisitos de formación determinados por esta Área, que lo (a) hacen idóneo (a) para ejecutar el **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVCIOS PROFESIONALES** a celebrar para lo cual se verifico los respectivos documentos soporte de la Hoja de Vida aportados por el (la) mismo (a).

Esta certificación se expide en los términos del **Decreto 1082 de 2015,** a los 30 días del mes de Julio de 2026.

GLADYS CECILIA CAMPO AGUDELO
Secretaria de Salud y Bienestar social
Municipio de Alejandría - Antioquia