

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.287.017

MARTINEZ OSORIO

ADICIONALES

JOSE HUMBERTO

REMARKS

Humberto Martinez (O)



REPUBLICA DE
COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **11-FEB-1970**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

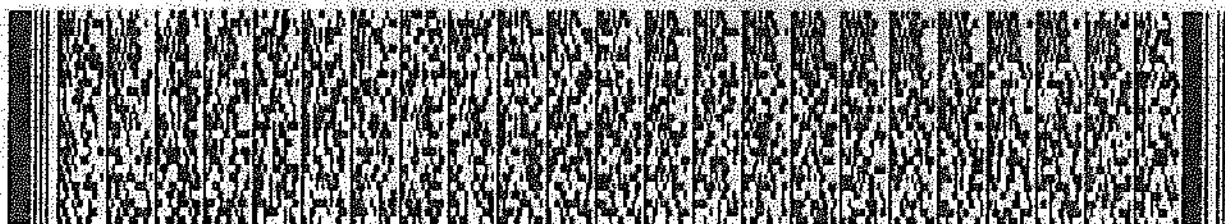
30-JUL-1988 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0900100-00353083-M-0010287017-20111229

0028832810A 1

37420928

Manizales, Julio 29 de 2026

Doctora

LUZ JANETH RAMÍREZ ACEVEDO

Gerente

Hospital San Lorenzo

Supía - Caldas

Asunto: Propuesta económica

Yo, José Humberto Martínez Osorio identificado con cédula de ciudadanía número 10287017 de Manizales, ofrezco mis servicios al hospital San Lorenzo de Supía - Caldas como médico general en el servicio de consulta externa dentro de los equipos básicos de salud (EBS).

Cuento con las capacidades ocupacionales y la experiencia, las cuales me hacen competente para desempeñarme en las labores que me sean asignadas, como soporte de mi propuesta presento mi hoja de vida (Ver anexos).

Por su atención, reciba mis más sinceros agradecimientos.



JOSÉ HUMBERTO MARTÍNEZ OSORIO

C.C. 10287017

CEL. 3127770077



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) OSORIO		NOMBRES JOSE HUMBERTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 10287017		GÉNERO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒		NÚMERO 10287017		D.M. 31	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES 02 AÑO 1970 PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS MUNICIPIO MANIZALES		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 73 17 23 Torres de Oriente bloque 2C Ap.501 PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS MUNICIPIO MANIZALES TELÉFONO EMAIL humaos70@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1987	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA 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	11	X		MEDICINA	04	2016	10287017

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 ALCALDIA DE MANIZALES				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6068727321			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	03	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 27 17 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SAMANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO SAMANA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6068658000			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	17	Mes	07	Año	2024	Día	15	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS					DIRECCIÓN CARRERA 9 4 25						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MANIZALES				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6068804655			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	09	Año	2023	Día	15	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL CONTRATISTA P			DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICINA GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 27 17 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RAFAEL TOVAR POVEDA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETA			MUNICIPIO ALBANIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3138751803			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2023	Día	13	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					DIRECCIÓN CALLE 54 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO VILLAMARIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8962266			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	05	Año	2022	Día	05	Mes	04	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERA CONSULTA EXTERNA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICINA GENERAL					DIRECCIÓN CARRERA 6 5 76						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIOCESIS SAN JOSE DEL GUAVIARE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO GUAVIARE			MUNICIPIO SAN JOSÉ DEL GUAVIARE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 85840023			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2020	Día	15	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICO					DIRECCIÓN CARRERA 24 8 91						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FRESNO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO FRESNO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 82580265			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2017	Día	31	Mes	01	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENRAL CONSULTA EXTERNA			DEPENDENCIA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL					DIRECCIÓN CARRERA 9 2 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO PENSILVANIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	15	Mes	10	Año	2016	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICINA GENERAL					DIRECCIÓN Avenida La Salle			

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:
ÁREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	3	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Manizales, Julio 29 de 2026
H. J. M. L. C.

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



FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, José Humberto Martínez Osorio

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 10.287.017 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Caldas Municipio Manizales

Dirección Calle 27 No. 23-51 Ap. 2 Teléfonos 3127770077

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Ninguno		

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	85.800.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	2.000.000
TOTAL	\$ 87.800.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	488439183846	Manizales	\$ 2.881.726

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

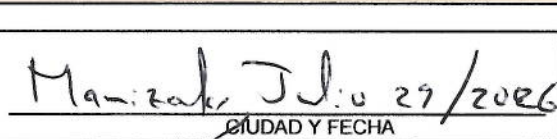
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	 Manizales, Julio 29/2026 CIUDAD Y FECHA
--	--

DAFP-CAP

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSÉ	HUMBERTO	MARTÍNEZ	OSORIO

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

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 SAN LORENZO DE SUPÍA

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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	\$85.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	\$2.000.000,00
TOTAL	\$87.800.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$2.881.726,00

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:



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, 28/07/2026 10:15:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **10287017** y Nombre: **JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO**.

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. **144736102**. 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 Búsqueda Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:14:10 PM horas del 28/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **10287017**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ OSORIO JOSE HUMBERTO**

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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de julio de 2026, a las 22:12:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL. ✓

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	10287017
Código de Verificación	10287017260728221254

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 300238796



M

22:09:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 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) JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 10287017:

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 Política 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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



CERTIFICADO

**MANIZALES,
CALDAS,
COLOMBIA,
A quién interese**

28/07/2026

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **10287017**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	488439183846
Fecha de apertura	19/05/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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 22:18:08 horas del 28/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 10287017, Apellidos y Nombres MARTINEZ OSORIO JOSE HUMBERTO

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa Hospital San Lorenzo - Supía - Caldas, con NIT 890801758-0 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 10287017 **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 28/07/2026 10:09 PM



Código Verificación: **A5LRZ62D84**

Válida hasta: 27/10/2026

Dirección de Gobierno Digital

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

UNV	Local	MEDICINA	2016-09-29	13827	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	
Datos SSO						
Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA CALDAS MANIZALES	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina
						COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

Exonerado
Carroza (Eje de la vida)
Exonerado (Eje de la vida)
Exonerado (Eje de la vida)
Exonerado (Eje de la vida)
Exonerado (Eje de la vida)
Exonerado (Eje de la vida)
Exonerado (Eje de la vida)

En nombre de la **República de Colombia**
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional



La Universidad de Caldas

en atención a que

JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO

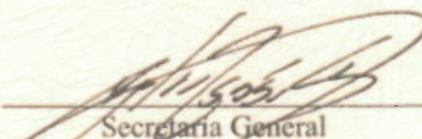
C.C. No. 10287017 de MANIZALES

ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

MÉDICO CIRUJANO

y le expide el presente diploma. En testimonio de ello,
se refrenda con las firmas y registro respectivos


Rectoría


Secretaría General

Manizales, 11 de mayo de 2016

Oficina de Registro Académico Folio 21/1817 del libro N° 8

N° **37138**

THOMAS GREEN & SONS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No. 4474 SESIÓN DE GRADO No. 2

Facultad de FACULTAD CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha miércoles, 11 de mayo de 2016

En ceremonia presidida por el Rector **Felipe César Londoño López** y el Secretario General **Diana Carolina Zuluaga Varón**, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, al exalumno(a) **JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **10287017** de **MANIZALES** quien acreditó en debida forma el título de bachiller, expedido por el Colegio **LICEO ARQUIDIOCESANO DE NUESTRA SEÑORA de MANIZALES** en el año 1987 cumpliendo así con todos los requisitos legales de conformidad con la Resolución de Decanatura No. **79** del **viernes, 29 de abril de 2016** y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia y a ejercer los deberes de su profesión con estricta sujeción a la ética.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

CUMPLIÓ CON LA TOTALIDAD DEL PLAN DE ESTUDIOS Y REQUISITOS EXIGIDOS POR LA FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD - PROGRAMA MEDICINA.

El Rector hizo entrega del diploma y del acta de grado que lo acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de **MÉDICO CIRUJANO**.

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy miércoles, 11 de mayo de 2016

Oficina de Admisiones y Registro Académico, Folio 21/1817

Del Libro de Registro No. 8


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL



Otorga el siguiente

CERTIFICADO

José Humberto Martínez Osorio

C.C 10287017

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Código Fucsia Atención a víctimas de la violencia sexual y de género, VIRTUAL**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, con un total de **48 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos (2) años según la resolución 3100 de 2019.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 14 de Enero del 2025.



FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina.MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones



Otorga el siguiente

CERTIFICADO

José Humberto Martínez Osorio

C.C 10287017

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Curso de Cuidados paliativos**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, con un total de **48 horas** de educación continua.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 30 de Enero del 2025.



FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina, MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Master Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones



Otorga el siguiente

CERTIFICADO

José Humberto Martínez Osorio

C.C 10287017

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Soporte Vital Avanzado ACLS, Última Actualización guías AHA**, realizado en modalidad teórico práctica bajo metodología Mastery Learning, con un total de **48 horas** de educación continua. Esta certificación es válida por dos (2) años según la resolución 3100 de 2019.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 14 de Febrero del 2025.



FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina, MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor American Heart Association - CEO Infusiones



MINSALUD



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JOSÉ HUMBERTO MARTÍNEZ ORDOÑO

C.C. o C.E. 10257017

Profesión u Ocupación

MEDICO CIRUJANO

Especialidad

Institución de Formación

U. DE CALDAS

Ciudad MANIZALES

Fecha de expedición diploma

11/05/2016

Fecha de inscripción RETHUS

25/04/2016



CMC2016-14292



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS

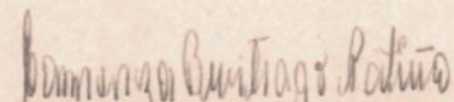
Pensilvania – Caldas
Nit. 890.801.719-3

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente certifico que el Doctor **JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO**, identificado con cédula de ciudadanía número No.10.287.017, se desempeñó como **MEDICO GENERAL** desde 16 de octubre de 2016 hasta el 15 de mayo de 2017 y como **COORDINADOR MEDICO** del 16 de mayo hasta el 30 de Septiembre de 2017.

Durante su permanencia en la Institución demostró gran capacidad para el trabajo clínico, buen manejo de la información, organización, liderazgo, demostrando siempre una actitud de respeto a la autoridad en situaciones del ejercicio de la disciplina al igual que absoluto respeto por los pacientes, dedicación, y constancia; cualidades personales y profesionales que me permiten recomendarlo ampliamente.

Para constancia se firma en el hospital San Juan de Dios de Pensilvania (caldas) a los treinta (30) días del mes de septiembre de 2017


CARMENZA BUITRAGO PATIÑO
Jefe de Personal

CONT.268

**EL JEFE DE OFICINA ASESORA JURIDICA
HACE CONSTAR:**

Que JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO , identificado con Cédula de Ciudadanía 10.287.017 presta sus servicios de forma temporal, independiente y autónoma, como MEDICO, ello a través de un contrato de prestación de servicios; objeto que no involucra el cumplimiento de las funciones públicas y/o administrativas. El contratista MARTINEZ OSORIO, suscribió con la Empresa Social del estado ASSBASALUD los siguientes contratos dentro del término estrictamente necesario y requerido por la entidad:

CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	VALOR MENSUAL
914	01/07/2026	31/07/2026	8164100
748	01/06/2026	30/06/2026	8164100
207-1	01/05/2026	31/05/2026	8164100
207	16/01/2026	30/04/2026	8164100
1177-1	01/01/2026	15/01/2026	7630000
1177	01/11/2025	31/12/2025	7630000
630	06/06/2025	31/10/2025	7630000
404	23/04/2025	05/06/2025	7630000
214	03/03/2025	22/04/2025	7630000
764	01/06/2024	15/07/2024	8450000
288	01/04/2024	31/05/2024	7020000
140	01/02/2024	08/02/2024	6500000
32	02/01/2024	31/01/2024	6724138
1285	11/12/2023	31/12/2023	7150001
1151-1	01/12/2023	08/12/2023	6500000
1151	01/11/2023	30/11/2023	6500000
1038	21/09/2023	31/10/2023	6500000

EL CONTRATISTA CUMPLE CON LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES ESPECIFICAS: 1. Prestar sus servicios de acuerdo con las normas propias de su actividad con autonomía académica, técnica y científica a la empresa contratante. 2. Realizar la Atención Médica a los usuarios que requieran el servicio de acuerdo con la asignación que ASSBASALUD ESE determine (consulta de morbilidad, consulta prioritaria atención en urgencias, observación y hospitalización, consulta médica en rutas de atención, atención de enfermedades de interés en Salud Pública, vigilancia epidemiológica; con enfoque de riesgo entre otros), aplicando los modelos de atención de salud pública, las guías de atención establecidas por la entidad y las guías de atención establecidas por el Ministerio de Salud. 3. Diligenciar de forma completa correcta lo; formatos e historia clínica establecidos por ASSBASALUD ESE para la prestación del servicio médico, dentro de las atenciones que

Assbasalud ESE | NIT: 800.044.967-8

f @ assbasaludESE | www.assbasalud.gov.co | Calle 27 # 17 - 32 | PBX (606) 872 21 13

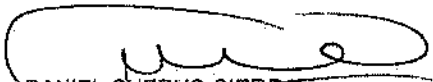
realice, asegurando una calidad suficiente y óptima de los datos registrados. 4. Realizar la revisión diaria de los exámenes de laboratorio ordenados, registrando los reportes en el análisis y definir la conducta pertinente dejando registrado todo lo relacionado en el sistema de información institucional definido para este proceso. 5. Asegurar la aplicación del modelo SOAPPS (subjetivo-objetivo - análisis - pendiente - plan - seguimiento) en el proceso de gestión hospitalaria. 6. Valorar los pacientes que se encuentren en el servicio de observación, acorde con su condición de salud y hasta definir conducta. 7. Valorar paciente hospitalizados como mínimo 2 veces por turno o más, acorde con la condición clínica que ostente. 8. Diligenciar órdenes de exámenes de apoyo diagnóstico, prescripción de medicamentos, remisiones y demás conductas médicas dentro de la plataforma? historias clínicas que tiene la institución destinada para ello y abstenerse de realizar dichos procedimientos de forma manual acogiéndose a las condiciones de los servicios pactados en la contratación institucional con las diferentes EPS. 9. Registrar en la historia clínica la interpretación y análisis de todos los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados a los pacientes, en urgencias, observación, hospitalización y comentar los mismos al momento de entrega de turno. 10. Diligenciar de forma clara y pertinente, las notas en la historia clínica correspondientes a egresos de pacientes que se encuentren en observación y hospitalización haciendo énfasis en las condiciones de egreso, recomendaciones, signos de alarma, prescripciones, órdenes médicas etc. y realizar los registros de la epicrisis. 11. Diligenciar correcta e inmediatamente el certificado de defunción a todo paciente fallecido en la entidad y en los casos en que ASSBASALUD sea requerido y sea pertinente diligenciar el certificado de defunción en domicilio a aquellos usuarios fallecidos por causas naturales. 12. Diligenciar correcta e inmediatamente el certificado de nacido vivo a todo menor nacido en la entidad. 13. Cerrar la historia clínica en el sistema una vez concluya la atención, entendiéndose como responsable del cierre el profesional médico que ordeno el alta del paciente. 14. Corregir las inconsistencias que se presenten en la elaboración de Certificados, Fichas Epidemiológicas y demás documentos que se requieran en la prestación del servicio. 15. Realizar la demanda inducida de los usuarios a las actividades contempladas en las rutas de Mantenimiento de la salud, Materno Perinatal, Riesgo Cardiovascular, EPOC, entre otros, de acuerdo con los procedimientos institucionales. 16. Realizar los procedimientos que se requieran en los centros de salud, según necesidades de la entidad y aplicando los protocolos de bioseguridad establecidos por la entidad. 17. Realizar demanda inducida canalizando a los usuarios para las actividades de promoción y prevención con el fin de apoyar y cumplir las metas institucionales. 18. Captar usuarios para conformación de grupos de gestantes y pacientes crónicos en el centro de salud correspondiente. 19. Captar las usuarias con amenorrea para ingreso temprano a la ruta materno perinatal, IVE y/o planificación familiar. 20. Brindar un trato humanizado en la prestación del servicio. 21. Recibir y entregar turno de acuerdo con el protocolo institucional de manera oportuna, dejando claro los pendientes y entregando la relación del inventario que se tiene a cargo. 22. Reportar por escrito las novedades presentadas durante el ejercicio de sus actividades en cuanto al estado de los insumos, mobiliarios, inmobiliarios, equipos biomédicos e instrumental a cargo. 23. Realizar el traslado asistencial a los usuarios según se requiera y diligenciar la relación de los traslados de manera oportuna, adecuada y dentro del turno. 24. Trasladar al paciente al lugar requerido según los protocolos institucionales y municipales de referencia, contra referencia y egreso. 25. Durante el traslado, debe brindar los cuidados necesarios para mantener la estabilidad del paciente y, si es requerido, realizar actividades de reanimación o soporte vital para asegurar su mejor condición de ingreso a la institución receptora. 26. Participar en el análisis de casos de eventos adversos y casos en que se incluyan manifestaciones de usuarios derivadas de la prestación del servicio. 27. Participar de las acciones que se le asignen relacionadas con ESPII (Emergencia de salud Pública de Importancia Internacional), una vez sea decretado por el Gobierno Nacional. 28. Presentar al supervisor del contrato, de forma anticipada, máximo hasta 5 días hábiles antes del inicio de la ejecución de las actividades, la disponibilidad para la ejecución de estas durante el siguiente periodo a ejecutar. 29. Cumplir con la disponibilidad entregada al supervisor del contrato, realizando la agenda de trabajo y cumplir los lineamientos establecidos en el sistema de citas institucional. Las horas establecidas estarán sujetas a la necesidad de la entidad (demanda del servicio), sin perjuicio de que se deban prestar horas en fines de semana, noches, dominicales o festivos, previa notificación del supervisor. 30. Informar y concertar con el supervisor de contrato y el coordinador del área, sobre todo cambio modificación o ajuste en el cambio de turnos asignados acorde con las agendas pactadas y con los parámetros normativos referentes a realización y ejecución de turnos.

médicos. 31. No adelantar por su propia iniciativa el horario de consulta a pacientes o modificar las agendas, en ninguna circunstancia. 32. Realizar inmediatamente la Notificación, Vigilancia y Control de los eventos de interés en Salud Pública, diagnosticados en la Consulta Médica ante el coordinador del servicio o centro de salud activando de manera correcta la respectiva ruta de acuerdo con el evento notificado. 33. Realizar capacitación para el manejo integrado de los sistemas de las EPS con las que la ESE tenga contrato. 34. Estar inscrito y con perfil vigente en los aplicativos MIPRES y RUAF y realizar las diligencias pertinentes en estos, según la necesidad de los usuarios, sin que eso implique tiempos adicionales, postergar o diferir la atención, de lo cual deberá entregar evidencia en el informe de actividades. 35. Acreditar la inscripción respectiva en el RETHUS. 36. Acatar lo dispuesto en la circular 068 del 05 de julio de 2024 de la secretaria local de salud. 37. Constituir la póliza de responsabilidad civil extracontractual como mínimo por quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMLLV). 38.

Apoyar en las demás actividades del área de servicios en salud que se requieran.

NOTA: Las obligaciones transcritas fueron obtenidas del último contrato suscrito con la entidad.

Expedido en la ciudad de Manizales, el día 15 de Julio de 2026.



DANIEL CUERVO-SIERRA
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: Angela M. Henao G, Secretaría Contratación.



CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO identificado con CC 10287017 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/06/2019
IPS Cotizante: VIVA 1A IPS SA MANIZALES CENTRO PGP
Categoría: B
Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
JOSE HUMBERTO MARTINEZ	CC 10241641		BENEFICIARIO	01/08/2008	CANCELADO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en QUIEN , a los 28 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10287017**, se encuentra afiliado/a desde **17/05/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

PREVENCION OCUPACIONAL SAS

NIT: 900549181-7
Cel: 3148909840
MANIZALES



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE INGRESO (Resolución 2346 de 2007)



FECHA: 2024-07-15 - HORA: 14:37:01
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS

DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIC
IDENTIFICACION: CC - 10287017
FECHA DE NACIMIENTO: 11-02-1970
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)
DIRECCION: CLLE 73 # 17-23 BARRIO COLSEGUROS
ESCOLARIDAD: EDUCACION UNIVERSITARIA

SEXO: M
EDAD: 54
TELEFONO: 0 - 3127770077
PROFESION: MEDICINA GENERAL

EMPRESA: INDEPENDIENTE
CARGO AL QUE ASPIRA: CONTRATISTA.

CONCEPTO

** SIN RESTRICCIONES ** CON CONDICIONES ** CON RECOMENDACIONES

MEDICO:

REPORTES: -REFIERE TENER 3 DOSIS DE VACUNA COVID 19.

CONDICIONES: -VISUAL DEBE LABORAR CON CORRECCION Y ASISTIR ANUALMENTE AL OPTOMETRA DE LA EPS.

RECOMENDACIONES:

PREVENTIVAS: -EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

Johana Marcela Torres Rios

JOHANA MARCELA TORRES RIOS
SALUD OCUPACIONAL
24344327
RM: 16508 LSO:72882

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO A LAS POLITICAS DE PROTECCION DE DATOS DE PREVENCION OCUPACIONAL SAS

En cumplimiento del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Artículo 33 del Decreto 1543 de 1997, la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1918 del 2009, Artículo 16 de la Resolución 2346 del 2007, Artículo 10 de la Resolución 1016 de 1989, Ley estatutaria 1581 de 2012 autorizo al área de salud ocupacional de la empresa contratante la cual me envía a realizar este examen médico ocupacional a tener acceso a mi historia clínica ocupacional y en general los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclinicas que lleguen a ser realizados y registrados en la IPS PREVENCION OCUPACIONAL SAS, esto con el fin de desarrollar las distintas actividades que se encuentran dentro del marco de los sistemas de vigilancia epidemiológica que las empresas deben desarrollar de acuerdo a la normatividad mencionada. De igual manera autorizo el registro fotográfico o filmico, huella y firma que se registran en mi historia clínica y certificado de aptitud puedan ser entregados al convocante a este (os) examen (es) y autorizo también el reporte de ellos sean enviados a mi correo electrónico cuando así lo solicite, manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de PREVENCION OCUPACIONAL SAS a cerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y otros como Ej. audiometría, electrocardiograma, espirometría, Tamizaje visual, y/o Exámenes de laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, prueba de embarazo, glucometría, cuadro hemático, transaminasas o cualquier muestra solicitada por el empleador) comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos y autorizo al personal de PREVENCION OCUPACIONAL SAS a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera. Por medio de mi firma y / o huella también me adhiero y acepto la política protección de datos de PREVENCION OCUPACIONAL SAS. Por medio de mi firma y / o huella también me adhiero y acepto la política protección de datos de PREVENCION OCUPACIONAL SAS y doy mi consentimiento para la atención en PANDEMIA COVID 19, documentos los cuales me informaron están en la página web <http://www.prevencionocupacional.com.co>

Humberto Martínez



PÓLIZA N°

1006672

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 19 MES 6 AÑO 2026			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 3			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO					
TOMADOR 20492307-JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO									CC 10.287.017											
DIRECCIÓN CL 27 23 51 APT 2, MANIZALES, CALDAS									TELÉFONO 8598090											
ASEGURADO 20492307-JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO									CC 10.287.017											
DIRECCIÓN CL 27 23 51 APT 2, MANIZALES, CALDAS									TELÉFONO 8598090											
EMITIDO EN MANIZALES			CENTRO OPER. 902			SUC. 9			EXPEDICIÓN DÍA 19 MES 6 AÑO 2026			VIGENCIA DESDE AÑO 2026 MES 6 A LAS 00:00			HASTA AÑO 2027 MES 6 A LAS 00:00			NÚMERO DE DÍAS 365		
MONEDA Pesos			TIPO CAMBIO 1.00			FORMA DE PAGO 4.30 DÍAS			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 500,000,000.00											
CARGAR A: MARTINEZ OSORIO JOSE HUMBERTO																				

Riesgo: 1 -
CARERA 4 4 10, SAN JOSE DE FRAGUA, CAQUETA

Categoría: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	
3	** PREDIOS	500,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	500,000,000.00	SI	265,200.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	NINGUNO	
5	*PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS D	500,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	500,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA	50,000,000.00		
	LÍMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	500,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	NINGUNO	
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA	100,000,000.00		
	LÍMITE POR EVENTO O PERSONA	50,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO	

Texto continúa en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurado para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 46/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****265,200.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****50,388.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	\$*****315,588.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturasseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pagos/auh/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 50%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

19/06/2026 08:39:47

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPANIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				5464	3	GERMAN DUQUE SEGUROS		

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 57 NO. 9-07 - BOGOTÁ. LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE: EN BOGOTÁ 3487555, A NIVEL NACIONAL 018000 910 554 Y DESDE CELULAR # 345. PRESENTE SUS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O SUGERENCIAS VIA TELEFÓNICA. PÁGINA WEB contactenos@previsora.gov.co, SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O POR EL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO TELEFAX: (1) 6108161 / 6760385, datenscriprevisora@ustarabogotados.com

- ORIGINAL -

SISE-U-001-7

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JOSE HUMBERTO MARTINEZ OSORIO identificado con CC. 10287017 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón: HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA CALDAS
Tipo y Número de Documento: NI - 890801755

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/08/05	Fecha inicio contrato	2026/08/04
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/09
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	2026/12/09		

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de agosto del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC04082026N10287017A20740540**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio		4. Número de formulario 141110330765			
		 (415)7707212489984(8020) 000014111033076 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 2 8 7 0 1 7 3		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Florencia	
				14. Buzón electrónico 2 8	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación: 1 0 2 8 7 0 1 7	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Caldas 1 7	
31. Primer apellido MARTINEZ		32. Segundo apellido OSORIO		33. Primer nombre JOSE	
				34. Otros nombres HUMBERTO	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Caquetá		40. Ciudad/Municipio San José del Fragua	
41. Dirección principal CR 4 4 10					
42. Correo electrónico humaos70@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 2 7 7 7 0 0 7 7		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 2 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 6 0 6 1 6		48. Código 8 8 9 9	
				49. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 6 2 3	
				50. Código 1 2	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 2 2					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
Usuarios aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
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 2024-08-11 / 02:37:51AM	
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA					
985. Cargo					

