ESPECIALIDADES: CUIDADO CRITICO, MEDICINA INTERNA, GINECOLOGIA, PEDIATRIA, CIRUGIA, ORTOPEDIA ANESTESIOLOGIA, RADIOLOGIA, CARDIOLOGIA, UROLOGIA, OTROS.

N°	REQUISITOS	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Propuesta Laboral	X		
2	Hoja De Vida Formato Único de La Función Pública O SIGEP	X		
3	Fotocopia De Cedula Ampliada Al 150%	X		
4	Declaración de Bienes y Rentas del Año Anterior. Nota: Si No declara renta ante la DIAN Diligenciar el Formato de Declaración de Bienes y Rentas para persona Natural de la Función Pública.	X		
5	Registro Único Tributario (RUT) vigente 2025	X		
6	Resolución de Autorización de Ejercicio de la Profesión.	X		
7	Fotocopia de Tarjeta Profesional Ampliada al 150%	X		
8	Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS)	X		
9	Diploma y Acta de Grado de Bachiller	X		
10	Diploma y Acta De Grado Profesional (Pregrado). Nota: Si el Estudio de Cualquiera de los Títulos presentados fue realizado en el exterior debe presentar la convalidación de este realizada ante el Ministerio de Educación en Colombia	X		
11	Diploma y Acta De Grado Profesional (Postgrado) Nota: Si el Estudio de Cualquiera de los Títulos presentados fue realizado en el exterior debe presentar la convalidación de este realizada ante el Ministerio de Educación en Colombia	X		
12	Otros estudios realizados (Diplomados, Cursos, Talleres, Certificaciones).	X		
13	Certificaciones que acrediten la experiencia laboral en cargos afines	X		
14	Esquema de Vacunación	X		
15	Examen de Ingreso Medico Ocupacional vigencia anual	X		**25/04/2027**
16	Antecedentes Vigentes (Policía, Procuraduría y Contraloría)	X		
17	Certificados de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en el Régimen Contributivo (Salud, Pensión, ARL)	X		
18	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual (vigente)	X		**17/08/2027**
19	Formato de Declaración de Origen de Fondos Y Desarrollo de Actividades Licitas-SARLAF (vigente)	X		
20	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)	X		
21	Certificado de Inhabilidades y Delitos Sexuales	X		
22	Pantallazo Usuario SECOP II como proveedor	X		
	ESPECIALISTA EN CUIDADO CRITICO			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor Y Cuidado Paliativo		X	
	Constancia en Gestión del Duelo		X	
	Certificación evaluación de competencias para el cuidado del Donante		X	

	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual.		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor Y Cuidado Paliativo		X	
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual.		X	
	Certificación Evaluación de competencias para el cuidado del Donante.		X	
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio de UCI- UCIM)		X	
	Constancia en Gestión del Duelo (aplica para el profesional, si labora en UCI- UCIM)		X	
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (Vigente)		X	
	Certificado del Manejo e Interpretación del Espectro Electromagnético (Ultrasonido).		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual.		X	
	Certificación Evaluación de competencias para el cuidado del Donante.		X	
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo		X	
	Constancia en Gestión del Duelo		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio de UCI- UCIM)		X	
	<u>Requisitos Ruta Materno- perinatal.</u> Objeción de conciencia en casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo Constancia Curso manejo de Emergencias Obstétricas Constancia Curso Inserción de Implantes subdérmico- DIU		X	
	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			

6054852065
gerencia@hospitalfrayluis.gov.co
Vía 14 –carretera los contenedores

	Certificado Soporte Vital Avanzado Pediátrico- Neonatal (Vigente)		X	
	Certificado en Cuidado Básico Neonatal		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
	Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico		X	
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo		X	
	Certificación evaluación de competencias para el cuidado del Donante		X	
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos.		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	ESPECIALISTA EN CIRUGIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)	X		**28/04/2027**
	Certificación evaluación de competencias para el cuidado del Donante	X		**28/04/2027**
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.	X		**28/04/2027**
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos	X		**28/04/2027**
	Constancia Curso de Humanización en Salud	X		**28/04/2027**
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente	X		**28/04/2027**
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)	X		**28/04/2027**
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio de UCI- UCIM)		X	
	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Certificado del Manejo e Interpretación del Espectro Electromagnético y Radiaciones Ionizantes.		X	
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo		X	
	Certificación evaluación de competencias para el cuidado del Donante		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio de UCI- UCIM)		X	
	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA			

	Resolución de Autorización del Ejercicio de la Especialización.		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
	Certificación evaluación de competencias para el cuidado del Donante		X	
	Constancia en Gestión del Duelo		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio de UCI- UCIM)		X	
	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
	Radioproteccion (vigente)		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
			X	
	Certificación Evaluación de competencias para el cuidado del Donante.		X	
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo		X	
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio de UCI- UCIM)		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
	Certificación Evaluación de competencias para el cuidado del Donante.		X	
	Constancia de asistencia en la formación del Manejo del Dolor y Cuidado Paliativo		X	
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el profesional, si labora en el servicio		X	

	de UCI- UCIM)		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	
	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA			
	Certificado Soporte Vital Avanzado SVA (vigente)		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Género Y Violencia Sexual.		X	
	Certificación Evaluación de competencias para el cuidado del Donante.		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (OMS)		X	

Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento a los Estándares y Criterios del Sistema Único de Habilitación según Resolución N.3100/2019.
Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento Ruta Materno-Perinatal según Resolución 3280/2028.Y Lineamientos Técnicos en Desnutrición Resolución 2350/2020.Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento por ser territorio Endémico, Curso de Atención y Manejo clínico del Dengue.

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, EMIRO OSPINO ARCE, Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 9.263.365 y de Profesión Médico Especialista en Cirugía general AUTORIZO que la ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN, en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR Y CONSULTAR, mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc. y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por la institución con fines de contratación.

FIRMA: _____ **Fecha: 27 DE AGOSTO DE 2026**

AREA CONTRACTUAL

Supervisor de Contrato: _____ Revisó: _____Aprobó:___Firma:_____
Área de Talento Humano:_____ Revisó: _____Aprobó:___Firma:_____
Área de Contratación:_____ Revisó: _____Aprobó:____Firma:_____

Las partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante.

6054852065
gerencia@hospitalfrayluis.gov.co
Vía 14 –carretera los contenedores

PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

Señores
E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON
Plato Magdalena

Esta comunicación tiene por objeto presentar propuesta para Prestar servicios Profesionales como Médico Cirujano en la **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON** Así mismo, declaro que:

1. Tengo capacidad legal para presentar cada uno de los ofrecimientos hechos en esta propuesta.

2. La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.

3. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales, de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; de las sanciones establecidas por trasgresión a las mismas en los artículos 26, numeral 7, y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1, de la misma norma. De igual forma, declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

De igual manera, declaro que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad por las conductas establecidas en los literales a), b) y c) del artículo 90 de la ley 1474 de 2011.

4. No he efectuado acuerdos colusorios con otros proponentes o miembros integrantes de otros proponentes o cualquier interesado en proveer bienes y/o servicios relacionados con la contratación, en contra de terceros o de la Entidad, para distorsionar o defraudar el presente proceso de selección o contrariar la libre competencia.

5. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.

6. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no he sido multado por Entidad Oficial por incumplimiento de contrato estatal, mediante providencia ejecutoriada dentro de los cinco (5) últimos años anteriores a la fecha de presentación del presente documento.

7. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.

8. El valor total de la oferta, las demás deducciones de ley y erogaciones a que haya lugar, asciende a la suma de **$ 11.000.000** M/cte.

9. Suministro la siguiente información:

Nombre: EMIRO OSPINO ARCE
N° de documento: C.C 9.263.365

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Ospino	Arce	Emiro

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 9263365

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 01 AÑO 1959

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 18B 4A 15

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR

MUNICIPIO SANTA CRUZ DE MOMPOX

TELÉFONO 3215393174 EMAIL emiroospinoa@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).

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 17 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	02	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 4852065	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL						*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2025	*Día*	10	*Mes*	05	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						

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	5
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 Plato Magdalena 27 de agosto de 2026



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

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 01:41:28 PM horas del 04/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **9263365**
Apellidos y Nombres: **OSPINO ARCE EMIRO**

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.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300661633

PIB
13:43:03

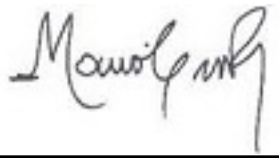
Bogotá DC, 04 de agosto del 2026

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) EMIRO OSPINO ARCE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 9263365:

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.

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 martes 04 de agosto de 2026, a las 13:45:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	9263365
Código de Verificación	9263365260804134536

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

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, 04/08/2026 01:46:33 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **9263365** y Nombre: **EMIRO OSPINO ARCE.**

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. **145195470** . 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

E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	**Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.**	**Código: PFO-SARLAF-0104-03-01**	
		Vigencia: 2024 -2027	
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Versión: 1	copia controlada

FECHA	AA	MM	DD
	2026	**08**	**27**

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	**Emiro Ospino Arce**			**TIPO ID**	**C.C.**
NÚMERO ID	**9.263.365**	DIRECCIÓN:	**Carrera 18B # 4ª-15**		
CIUDAD:	**MONPOS**	DEPARTAMENTO:	**BOLIVAR**	PAÍS:	**COLOMBIA**
TELÉFONO (PRINCIPAL):		CELULAR	**3215393174**	OTRO	
EMAIL:	**emosar01@hotmail.com**				
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: SI / NO X		¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ___SI / NO X			
¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: ___SI / _X_NO					
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras) ?: ___SI / NO X					

SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

RAZON SOCIAL				**NIT:**	
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAÍS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		OTROS:		FAX:	
EMAIL:		CELULAR:		PÁGINA WEB	
CIUDADES		**SUCURSALES:**			
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras) ?:__SI / ___NO					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA/ REPRESENTANTE LEGAL		Documento de Identificación	
		Teléfono Directo	
		e-mail	
Es persona expuesta públicamente ?	☐ Si	☐ No	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?:SI / NO	IMPORTACIONES: SI / NO	EXPORTACIONES: SI /NO
INVERSIONES: _SI/NO	PRESTAMOS:SI / NO	¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: ___SI / NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla actividad o negocio): (detallar ocupación, oficio,
Mis ingresos provienen del pago de honorarios mensuales como contratista de la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA COMO**:**

CIRUJANO

EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:

DECLARACIONES

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	**Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.**	**Código: PFO-SARLAF-0104-03-01**
		Vigencia:2024 -2027
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Versión: 1 copia controlada

FECHA:	AA	MM	DD

ner indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes
tores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo

(

(nosotros) hubieremos
proporcionado.
9

nstitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el
y fiel expresión de la verdad.

decen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo amos) de manera
de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo
012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

(

eído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 27 días, del mes de agosto del 2026



FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

Plato Magdalena 27 de agosto de 2026
CIUDAD Y FECHA

información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: **gerencia@hospitalfrayluis.gov.co**

OBSERVACIONES

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 9263365 **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 04/08/2026 01:53 PM

Código Verificación: **94YXTMWQVD**

Válida hasta: **02/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 13:54:28 horas del 04/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **9263365,** Apellidos y Nombres **OSPINO ARCE EMIRO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON**, con NIT **819001483-1** 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



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
SANTA MARTA, 2026-08-21	038 - PROMOTORA SANTA MARTA	03015397260702268171	900001030046	EXPEDICIÓN RENOVACIÓN

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 00:00 horas del 2026-08-17	Hasta las 23:59 horas del 2027-08-17	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
LORA*LENTINO**ALMA LUZ	3218

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
EMIRO OSPINO ARCE	CEDULA DE CIUDADANIA	9263365	✓	En nombre propio	diagonal 48s # 32-32



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
EMIRO OSPINO ARCE	CEDULA DE CIUDADANIA	9263365

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Cirujano General | Valor asegurado: Σ920.100.578

Fecha de retroactividad: 17/08/2023

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	10%	10%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia juridica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad civil por el uso de equipos especiales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

Periodo adicional para notificaciones

Si SURA o el profesional de la salud deciden terminar, revocar o no renovar este seguro por razones diferentes al no pago de la prima, el profesional podrá contratar, en acuerdo con la aseguradora, un Período Adicional de Notificación siempre y cuando no contrate un nuevo seguro que cubra el mismo riesgo que este. El Período Adicional de Notificación se refiere exclusivamente a Actos Incorrectos ocurridos mientras este seguro haya estado vigente. Para obtener este periodo adicional de notificaciones, el profesional deberá comunicar por escrito a SURA su intención de contratarlo máximo hasta 10 días calendario antes de la fecha en la que se revocaría o no renovaría el seguro y deberá pagar la prima adicional establecida por la aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la mencionada fecha. Las Reclamaciones que se presenten durante el Período Adicional de Notificación afectarán el valor asegurado que tenía disponible el cliente al momento de la revocación o no renovación del seguro. El costo de este período adicional de notificaciones será: o 60% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 12 meses. o 100% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 24 meses. o 120% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 36 meses.

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros – defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos– fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
0,8927‰	Σ920.100.578	Σ821.391	Σ156.064	Σ977.455
			Valor total a pagar más IVA	**$977.455**

VALOR A PAGAR DEL SEGURO

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	Σ821.391	Σ156.064	Σ977.455
VALOR TOTAL	**$821.391**	**$156.064**	**$977.455**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
3218	LORA*LENTINO**ALMA LUZ	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	2009-06-01	13-18	P	06	F-01-13-064

Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

DEFINICIONES

SMMLV

Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV

Salario mínimo diario legal vigente.

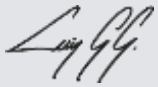
SUBLÍMITE

Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención". En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

Este seguro terminará en el caso que el tomador, asegurado o beneficiario, sea incluido en listas vinculantes o restrictivas nacionales o internacionales, tales como Lista de Naciones Unidas (ONU), Lista de la Unión Europea, Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros) del Departamento del Tesoro de los EE.UU.; así mismo terminará en caso que sea sancionado por autoridades internacionales, tales como la OFAC o el Consejo de Seguridad de la ONU.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.



Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA