PROPUESTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PROMOTORA DE SALUD

Andes, Antioquia, 26 de octubre de 2026

Señores
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES
Andes, Antioquia

Asunto: Propuesta de prestación de servicios como promotora de salud en el marco del Convenio de Salud Pública CI016 de 2026.

Yo, **ANA CAROLINA SIERRA CRUZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.038.821.660**, presento formalmente mi propuesta de prestación de servicios para apoyar el desarrollo de las actividades contempladas en el Convenio de Salud Pública CI016 de 2026, suscrito en el marco de las acciones de salud pública del municipio de Andes, Antioquia.

1. Objeto de la propuesta

Prestar servicios de apoyo a la gestión territorial en salud pública como promotora de salud, mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación para la salud, identificación de necesidades de la población y acompañamiento comunitario, de acuerdo con las actividades, metas y lineamientos establecidos en el Convenio de Salud Pública CI016 de 2026.

2. Actividades propuestas

Para el cumplimiento del objeto, se propone desarrollar las siguientes actividades:

1. Apoyar las jornadas comunitarias y extramurales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las zonas urbanas y rurales del municipio de Andes.
2. Realizar actividades de educación para la salud dirigidas a las familias y comunidades, de acuerdo con las prioridades de salud pública establecidas para el territorio.
3. Apoyar la identificación de personas, familias y grupos poblacionales con necesidades de orientación, acompañamiento o acceso a los servicios de salud.
4. Promover la asistencia a los servicios de salud y orientar a la comunidad sobre las rutas de atención y los programas de promoción y mantenimiento de la salud.
5. Apoyar las acciones de información, educación y comunicación relacionadas con las enfermedades transmisibles, la salud materno-perinatal, la vacunación, la salud mental y demás prioridades contempladas en el convenio.
6. Participar en las actividades de intervención comunitaria y articulación con líderes, organizaciones sociales y demás actores del territorio, según la programación establecida.
7. Apoyar la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud y comunicar oportunamente las situaciones identificadas al equipo responsable.

8. Llevar los registros y soportes de las actividades desarrolladas, de acuerdo con los formatos y procedimientos definidos por la entidad.

9. Presentar los informes de actividades y resultados que sean requeridos para el seguimiento y cumplimiento de las metas del convenio.

10. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que sean acordadas y correspondan al alcance de los servicios contratados.

3. Metodología de trabajo

Las actividades se desarrollarán mediante visitas y acercamientos comunitarios, jornadas educativas, acompañamiento a las acciones extramurales y articulación con el equipo de salud pública, de conformidad con la programación, los lineamientos técnicos y las necesidades identificadas en el territorio.

La ejecución de los servicios estará orientada al fortalecimiento de la participación comunitaria, la promoción de prácticas saludables, la prevención de riesgos y el acercamiento de la población a la oferta institucional de salud.

4. Compromiso de la proponente

Me comprometo a desarrollar las actividades asignadas con responsabilidad, oportunidad, respeto por la comunidad, confidencialidad de la información y disposición para el trabajo territorial, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en el Convenio de Salud Pública CI016 de 2026.

5. Condiciones económicas y contractuales

El valor de los servicios, el plazo de ejecución, la forma de pago, las obligaciones específicas y los demás aspectos contractuales serán definidos de común acuerdo con la E.S.E. Hospital San Rafael de Andes, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y las condiciones aplicables al convenio.

Agradezco la atención prestada y manifiesto mi disposición para contribuir al desarrollo de las acciones de salud pública y al bienestar de las comunidades del municipio de Andes.

Atentamente,

Carolina Sierra Cruz.

ANA CAROLINA SIERRA CRUZ
C.C. No. 1.038.821.660
Proponente – Promotora de Salud
Andes, Antioquia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.038.821.660**

SIERRA CRUZ

APELLIDOS

ANA CAROLINA

NOMBRES

Carolina Sierra

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1997**

CHIGORODO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-FEB-2016 CHIGORODO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0110600-00804364-F-1038821660-20160323 0049042634A 1 45564681

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 miércoles 21 de octubre de 2026, a las 10:41:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1038821660
Código de Verificación	1038821660261021104157

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305153028

PIB
10:42:51

Bogotá DC, 21 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANA CAROLINA SIERRA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1038821660:

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 Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:44:08 AM horas del 21/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1038821660**

Apellidos y Nombres: **SIERRA CRUZ ANA CAROLINA**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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 10:45:33 horas del 21/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1038821660,** Apellidos y Nombres **SIERRA CRUZ ANA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ANA CAROLINA SIERRA**, con NIT **103882166-0** 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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/10/2026 02:58:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1038821660** y Nombre: **ANA CAROLINA SIERRA CRUZ.**

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. **150316576** . 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

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

GOV.CO

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1038821660 **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 21/10/2026 11:26 AM

Código Verificación: **3ZRY4NXK5W**

Válida hasta: **21/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141225997532

(415)7707212489984(8020) 000014122599753 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 8 8 2 1 6 6 0	3	Impuestos de Medellín	1 1

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Chigorodó 1 7 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIERRA	CRUZ	ANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Chigorodó 1 7 2

41. Dirección principal
VRD 1 AC BIS Norte # 1 BC BIS Sur - 1 VRD la maporita

42. Correo electrónico acasicru@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 5 0 1 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	55. Forma · 56. Tipo · Servicio 1 2 3 · 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 2025-12-18 / 02:02:16PM

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 SIERRA CRUZ ANA CAROLINA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bienestar & Salud Laboral

MEDSTAR

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Nit. 901175816-2
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D.C.
www.bsl.com.co
c.talero@bsl.com.co

Código de Seguridad: 6a34ef4b-44ff-44ff-a335-ff02922182b1

Tipo Examen: Ingreso

VERIFICA VALIDEZ DEL CERTIFICADO

DATOS PERSONALES



Fecha de Atención	21 de octubre de 2026	**Ciudad**	Andes	**Vigencia**	3 años
IPS/SEDE	Sede norte DHSS0244914				
Nombres y apellidos	Ana Cristina Sierra Cruz				
Documento identidad	1038821660	**Empresa o entidad**	Hospital san Rafael de andes	**Cargo**	Auxiliar administrativa
Género	FEMENINO	**Edad**	28	**Fecha nacimiento**	22/12/1997
Estado civil	Soltero	**Hijos**	0	**Profesión u Oficio**	Auxiliar administrativo
Email	acasicru@gmail.com				
Teléfono	3135116307				
Tipo de examen	Ingreso	**EPS**	Sura	**ARL**	No tengo
Pensiones	Protección	**Nivel Educativo**	Secundaria		

** De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales, informamos que la información contenida en este certificado médico es confidencial y sera utilizada exclusivamente para los fines relacionados con la evaluación de la aptitud laboral del trabajador. El tratamiento de los datos personales se llevara a cabo conforme a la normativa vigente, garantizando su integridad, confidencialidad y seguridad, y no serán compartidos con terceros sin el consentimiento expreso del titular, salvo por mandato legal o judicial.*

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
21 de octubre de 2026

AUDIOMETRÍA
21 de octubre de 2026

OPTOMETRÍA
21 de octubre de 2026

CONCEPTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

APTO

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Ana Cristina Sierra Cruz con documento de identificación No 1038821660 se considera que es APTO para desempeñar la ocupación del cargo descrito

RESULTADOS GENERALES

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

AUDIOMETRÍA

OD: Audición Normal. OI: Audición Normal. Ambos oídos presentan audición dentro de parámetros normales.

OPTOMETRÍA

Normal

RECOMENDACIONES MÉDICAS ADICIONALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

FIRMAS

FIRMA MÉDICO	FIRMA PACIENTE ATENDIDO
JUAN JOSE REATIGA C.C.: 7.472.676 - REGISTRO MEDICO NO 14791 LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460 6 DE JULIO DE 2020	**Ana Cristina Sierra Cruz** 1038821660

RESULTADOS DE OPTOMETRÍA

Resultados Numéricos

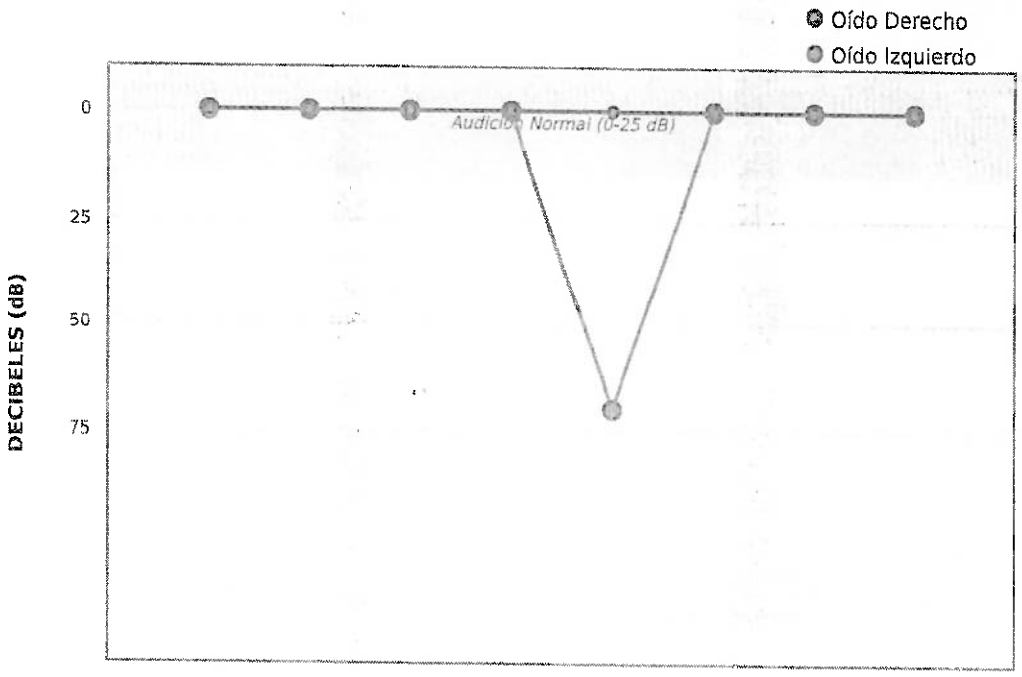
Snellen: 6/6 (100%)
Landolt: 7/8 (88%)
Ishihara: 5/6 (83%)

Dr. Miguel Garzón Rincón
C.C.: 79.569.881 - Optómetra Ocupacional Res. 6473 04/07/2017

Fecha: 21 de octubre de 2026

RESULTADOS DE AUDIOMETRÍA

AUDIOGRAMA



Diagnóstico

OD: Audición Normal. OI: Audición Normal. Ambos oídos presentan audición dentro de parámetros normales.

JENNY MARCELA MARTINEZ HIGUERA
TP Resolución 4502 Dic 2012 - C.C.: 1.024.479.059

Fecha: 21 de octubre de 2026

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

EPS | sura

Número de Solicitud **6l_4296038**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 1038821660 ANA CAROLINA SIERRA CRUZ
Tipo de cotizante	3 Independiente
Salario Base	$ 1,750,905
Fecha de ingreso	23/10/2026
Fecha de radicación	23/10/2026 02:41:09 p.m.
Código de Transacción	225513109

Resultado delIngreso

Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 10/2026

Fecha de generación 23/10/2026

ARUS
604-6042727.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SIERRA CRUZ ANA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **1.038.821.660** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de enero de 2023 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de octubre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504811

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	26/10/2026 15:36:56

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	890980814	E.S E. HOSPITAL SAN RAFAEL	AV MEDELLIN 48 20	1195838

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
3	Actividades de la práctica médica, sin internación, incluye consulta y tratamiento médico general y especializado realizada por médicos generales, especialistas y cirujanos; los servicios de consu (Decreto 768 de 2022)	2862101	2

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
AVENIDA MEDELLÍN # 48 - 20	ANDES	Antioquia

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1038821660	SIERRA	CRUZ

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
ANA CAROLINA	22/12/1997	AV MEDELLIN

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
ANDES	3117537174	3117537174	acasicru@gmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
EPS Sura	9	Proteccion	14

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	1/11/2026	5600000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	1/11/2026	30/12/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 26/10/2026 15:36:56. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504811

0	2800000	1750905	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de la práctica médica, sin i (Decreto 768 de 2022)	2862101	2

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/10/2026 15:36:56. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302504811

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Martes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Miércoles							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Jueves							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Viernes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/10/2026 15:36:56. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



Nombre: Ana Carolina Sierra Cruz

Dirección: B. Los Balsos

Tel:

Historia No.: 15525550

Fecha de nacimiento: 22 diciembre-97

Médico:

Nombre C.A.A: 46 Chigorodó

Tel:

Por la vida.
Con todas
nuestras fuerzas.

Cortesía:

PASTEUR MÉRIEUX CONNAUGHT

Tarampión 28.05.02

	R.N	1ra	2da	3ra	1er. R	2do. R
BCG	22-02/98					
DPT		2-02		19-06/98		
Polio		22/98	4-05/98	6-07/98	17/11	05-04/2003
*Haemophilus Influenzae		2-04/98	4-05/98	6/07		
Triple Viral		22-12/98			04-02/2003	
Toxoide Tetánico		11/08				
Hepatitis B	22-02/98	4-05/98	6-07/98			

F. Amarillo 17-11-01

Vacunación adicional para Colombia.

* No incluida en el esquema único del programa ampliado de inmunizaciónes.

ENFERMEDAD	VACUNA	EDAD DE APLICACION	VIA Y SITIO DE APLICACION	NUMERO DE DOSIS
Meningitis por Haemophilus Influenzae	Haemophilus Influenzae	Dos, cuatro y seis meses	Intramuscular	3

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	06/07/2015	AHDHC413A	
	2	21/08/2015	UFV14004	
	3			
	R	Proxima dosis 06/01/2016		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				

Hepatitis A 26.10.26 Y3J73d1 VACUNACIÓN

HOSPITAL DE ANDES
NIT. 890980814-1

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ana Carolina

Apellidos: Sierra Cruz

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1038821660

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 12 Año 1997

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
Sierra	Cruz	Ana Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1038821660

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

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 22 MES 12 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: ANDES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DIAGONAL 53 50 40 401

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: ANDES

TELÉFONO: 3117537174 EMAIL: acasicru@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2014

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Andes Antioquia 26-10-2026

Carolina Sierra Cruz

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

República de Colombia
Departamento de Antioquia
Municipio de Chigorodó

Y en su nombre

Institución Educativa Juan Evangelista Berrío

Institución de carácter oficial creada mediante Resolución Departamental Nº 5674 de 19 de Julio de 2000 y autorizada para ofrecer niveles de Preescolar, Básica Primaria y Básica Secundaria durante el año 2002 con Resolución Departamental Nº 15258 del 5 de Noviembre de 2002. Resolución Departamental Nº 8664 de 29 de Octubre de 2004 imparte los estudios de décimo y undécimo del Nivel Media Académica. Autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia mediante Resolución Nº 2219 del 13 de Marzo de 2013. NIT: 811044218-1 DANE: 105172000629 Núcleo 807 Chigorodó, Antioquia

Confiere a:

Sierra Cruz Ana Carolina

Identificada con T.I. Nº 971222-16210 expedida en Chigorodó, Antioquia

El titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica. Según lo establecido en la Ley General de Educación 115 de 1994 y sus Decretos Reglamentarios y Planes vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional adoptados según acuerdo 003 de Octubre 11 de 2003 del Concejo Directivo.

Expedido en Chigorodó a los 28 días del mes de Noviembre de 2014
Inscrito en el Libro de Actas del plantel Nº 01. Folio Nº 039
Registro de Bachilleres Nº 01. Folio Nº 32

Libardo Antonio Márquez Coronado
C.C. 70.565.355 de Envigado, Antioquia
Rector

Nuestro lema: "Las visiones nacen del compromiso"

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-23 14:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	CAROLINA	SIERRA	CRUZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1038821660

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CHIGORODÓ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ANDES

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 RAFAEL -ANDES

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ANDES

Dirección	["Avenida Medellín No. 48-20"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$17.082.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$17 082.000,00

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	$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Certificación Bancaria

Lunes, 26 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA CAROLINA SIERRA CRUZ identificado(a) con CC 1038821660, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	58431311923	2022-01-20	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local. (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno reportelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

E.S.E. H.S.R.
HOSPITAL DE ANDES

Andes- Antioquia

Fecha: 26- 10- 2026

Señores
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL
Andes, Antioquia.

Asunto. Declaración Juramentada Inhabilidades, Incompatibilidades o Conflicto de Intereses.

Por medio del presente documento, Ana Cardina Suena cruz identificado (a) con la C.C. No. 1038821660, actuando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad establecidas en la Constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, ni en las demás normas que regulan la materia.

De igual forma, declaro conocer que pueden configurarse inhabilidades, incompatibilidades o conflictos de interés en cualquier etapa del proceso contractual, por lo cual asumo de manera exclusiva la responsabilidad de su verificación permanente y de su reporte inmediato a la E.S.E. Hospital San Rafael de Andes. Por ende, el desconocimiento de dichas situaciones no me exime de responsabilidad ni será oponible a la entidad, ni limitará la aplicación de las consecuencias legales a que haya lugar.

En consecuencia, me obligo a informar de forma inmediata y por escrito a la entidad contratante cualquier circunstancia que configure o pueda configurar un impedimento, inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, desde la etapa precontractual y durante toda la ejecución del contrato.

Cordialmente,

Firma: Cardina Suena C.
Nombre: Ana Cardina Suena cruz
C.C 1038821660