Envigado. 05 noviembre de 2026

Señor(a):
SARA OSPINA DIOSA
Envigado

Asunto: Solicitud de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión

Respetada señora

Desde el Laboratorio clínico, en calidad de **dueño de la necesidad**, y de conformidad con las necesidades identificadas para el cumplimiento de las funciones institucionales, me permito **solicitar formalmente sus servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión**, en los siguientes términos:

1. Objeto del servicio

Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión como BACTERIOLOGO, apoyando las actividades propias del Laboratorio de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia

2. Actividades a desarrollar

1. Toma de muestras sanguíneas y especiales
2. Montaje y preparación de muestras.
3. Entrega de resultados.
4. Atender el paciente interno y externo.
5. Mantener limpio y organizado las áreas de procesamiento.
6. Actividades de reactivo vigilancia
7. Realizar la estadística diaria de los pacientes atendidos
8. Realizar los listados de las muestras remitidas al duarte Valero, al igual que organizar dichas muestras.

3. Horas Prestación Servicio

- **Horas mensuales:** 145 horas
- **Horas semanales (referenciales):** 33 horas
- **Horas diarias):** 6 horas

4. Plazo de ejecución

El plazo estimado para la ejecución del servicio será de **cuatro meses y 15 días (4 meses, 15 dias)**, contados a partir de la fecha de inicio que se establezca en el respectivo contrato.

Cordialmente,

PP LUISA FERNANDA MENDEZ MOSCARELLA
Supervisor del contrato

Envigado 16 de octubre de 2026

Mayor
CARLOS ALBERTO GUILLEN AGUDELO
Jefe Unidad Prestadora Salud Antioquia
Carrera 43ª 48 C Sur 45 B/Primavera
Envigado Antioquia

Respetado Mayor

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad Unidad Prestadora de Salud Antioquia, mis servicios profesionales como **BACTERIOLOGO y** para tal efecto me acogeré a las condiciones, áreas y/o servicios que determine de acuerdo con sus necesidades, programación y honorarios establecidos por la entidad así:

Oferta Horas Prestación Servicio		
Día	**Semana**	**Mes**
6	33	143

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionada en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado en la siguiente dirección: avenida 40ª #61-11, Celular: 3163900890

Para los anteriores fines, me permito informar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Cordialmente,

NOMBRE Sara Ospina Arana
CC. 1017238270

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

AUTORIZACION.

YO Sara Ospina Diaz **identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente escrito, autorizo a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia para que en cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 753 de 2019, "Por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 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" consulte en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL, si me encuentro inhabilitado por haber sido condenado por delitos sexuales contra menores.**
Lo anterior en cumplimiento al parágrafo 2 del artículo 2 del citado decreto que indica:

ARTICULO 2. ***Entidades públicas y privadas obligadas a consultar el certificado de inhabilidades por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes****. El ICBF, en el marco de sus competencias constitucionales y legales y de acuerdo con la definición efectuada en el artículo anterior, sobre los cargos, oficios o profesiones que involucran una relación directa y habitual con niños, niñas y adolescentes, autoriza a las entidades públicas y privadas a consultar en línea el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra los mismos, en los procesos de selección de su personal, en aquellos empleos que se desarrollen en los ámbitos educativos, recreacionales, de cuidado, protección, asistencia, salud, nutrición, bienestar, cultura, religioso, seguridad, entre otros, en cuyo ejercicio impliquen un trato directo y habitual con menores de edad.*

Parágrafo 2. *Será responsabilidad de las entidades públicas y privadas obligadas a consultar el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, obtener la autorización previa, expresa y escrita del aspirante al cargo, u oficio, la cual deberá reposar dentro de la documentación correspondiente al proceso de selección dirigido a su vinculación laboral, contractual o reglamentaria, según el caso.*

C.C 1017238270

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396726
meval.secsa-asjur2@policia.gov.co
www.policia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.017.238.270

OSPINA DIOSA

APELLIDOS

SARA

NOMBRES

Sara Ospina D

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1996

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

19-SEP-2014 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0100100-01118145-F-1017238270-20191210 0069197953A 1 9911025626

ESTADO CIVIL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
OSPINA	DIOSA	SARA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1017238270	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 09 AÑO 1996	Av 40a #61-11			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	BELLO		
MUNICIPIO	MEDELLÍN	TELÉFONO		EMAIL	ospinasara1976@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	07	2022	1017238270

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Politécnico de Suramérica	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		Toma de muestras de laboratorio clínico y bacteriología	05	2022

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: CLINICA SAGRADA FAMILIA			PÚBLICA	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: QUINDÍO	MUNICIPIO: ARMENIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3176331577	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 12	Mes: 07	Año: 2025			Día: 30	Mes: 09	Año: 2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ANALISTA BACTERIOLOGA	DEPENDENCIA: AREA LABORATORIO					DIRECCIÓN: CARRERA 15 null null CALLE 9					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA			PÚBLICA: X	PRIVADA	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: QUINDÍO	MUNICIPIO: CIRCASIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3164329983	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 02	Mes: 05	Año: 2025			Día: 31	Mes: 07	Año: 2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: BACTERIOLOGA	DEPENDENCIA: AREA LABORATORIO CLINICO					DIRECCIÓN: CALLE 10 12 57					

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 ANTONIO DE MITU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VAUPÉS	*MUNICIPIO* MITÚ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2023		*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 626 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 15A 127						

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*						

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	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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 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 Envigado, 04 de noviembre

Sara Ospina Arias

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

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-10-28 15:08

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SARA		OSPINA	DIOSA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1017238270

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO

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	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 "]

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	$2.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$2.200.000,00

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	$2.000.000,00

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:

MUNICIPIO DE BELLO, ANTIOQUIA
COLEGIO SANTO DOMINGO DE GUZMAN

MUNICIPIO DE BELLO

Aprobado según Resoluciones 1052 del 12 de Julio de 2011 y 1055 del 13 de Julio de 2011 de la Secretaria de Educación Municipio de Bello, Núcleo Educativo 903, por las cuales se actualiza licencia de funcionamiento y proyecto educativo institucional respectivamente. Resolución 06500 del 03 de agosto de 1994, por la cual se concede reconocimiento de carácter oficial de régimen especial. Legalización a partir de 1959 de los estudios correspondientes al Nivel Básica Ciclo Primaria, Grados 1°,2°,3°,4° y 5°; a partir del año 1994 el Nivel de Educación Preescolar; el Ciclo Secundaria, Grados 6°,7°,8° y 9°; a partir de 1986; la Media Técnica a partir de 1986, Grados 10° y 11° y la Media Académica a partir de 2004, Grados 10° y 11°; y en programas de Educación No Formal a partir de 2004. Ofrecer las siguientes especialidades en la Media Técnica: SISTEMAS, COMERCIO, EBANISTERÍA, DIBUJO TÉCNICO, ELECTROMECÁNICA. Ofrecer el Nivel de Educación Básica Ciclo Secundaria y Media Académica; para Adultos: AUXILIAR REGULAR. DANE 105088001679, Código Icfes 039982, NIT. 8300423210

FOLIO N° 148

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN N° 148

diez(10) de diciembre de dos mil trece(2013), en el colegio SANTO DOMINGO DE GUZMÁN del Municipio de Bello, Departamento de Antioquia, se proclamó en ceremonia Pública de Bachilleres Técnicos en Comercio año 2013, otorgándole el TÍTULO a,

SARA OSPINA DIOSA

Acto presidido por el rector César Augusto Bohórquez Gómez, identificado con la cédula de ciudadanía, número 74.170.130 expedida en Soatá -Boyacá, y el Secretario Académico Isaac de Jesús Olarte Taborda, identificado con la cédula de ciudadanía, número 15.341.469 expedida en Vegachí - Antioquia para dar fe de la presente proclamación.

El presente Titulo, se encuentra registrado en el libro de Actas Generales de Graduación N° 01 del colegio SANTO DOMINGO DE GUZMÁN, Folio N° 14, Libro N° 1, del 10 de diciembre de 2013; con registro de matrícula en la media técnica grado 11°, folio N° 221, Libro N° TP1; en cumplimiento de los artículos 23, 28, 29, 32, 77 y 88 de la Ley 115 de 1994, y los artículos 11, 14, 17, 38, 39 y 44 del Decreto 1860 de 1994; la ley 107 del 7 de enero de 1994 y la Resolución 4210 de 1996, y Decreto 1290 de 2009; superando las pruebas del Plan de Estudios en los Niveles de Educación Preescolar, Básica, Ciclos Primaria - Secundaria y Educación Media Técnica Especialidad "Comercio", y demás requisitos para la titularidad, acorde con los Decretos 180 de 1981 y 921 de 1994.

La presente acta se expide en Bello a los 10 días del mes de diciembre de 2013.

Para constancia, firman;

Subteniente César Augusto Bohórquez Gómez
C.C. 74.170.130 de Soatá-Boyacá
Rector

Intendente Isaac de Jesús Olarte Taborda
C.C. 15.341.469 de Vegachí (Ant.)
Secretario Académico

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE BELLO

EL Colegio Santo Domingo de Guzmán

APROBADO SEGÚN RESOLUCIONES 1052 DEL 12 DE JULIO DE 2011 Y 1055 DEL 13 DE JULIO DE 2011 DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPIO DE BELLO, NÚCLEO EDUCATIVO 903, POR LAS CUALES SE ACTUALIZA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO Y PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL RESPECTIVAMENTE. Y LEGALIZACIÓN DE ESTUDIOS A PARTIR DE 1959

POR CUANTO

SARA OSPINA DIOSA

Identificado(a) con Tarjeta de Identidad número 96091015355 de Bello

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a los Niveles de Educación Preescolar, Básica Primaria, Secundaria y Media Técnica; por lo tanto se le confiere el Título de:

BACHILLER TÉCNICO EN: COMERCIO

Para efectos legales, se encuentra registrada como Bachiller Técnico en el libro de Actas Generales de Graduación N° 01 Folio N° 45 y Libro N° 1 de Registro de Bachilleres folio 29, acorde con los Decretos 180 de 1981 y 921 de 1994.

El Diploma se expide en Bello a los 10 días del mes de diciembre de 2013.

Subteniente César Augusto Bohórquez Gómez
C.C. 74.170.130 de Soatá-Boyacá
Rector

Intendente Isaac de Jesús Olarte Taborda
C.C. 15.341.469 de Vegachí (Ant.)
Secretario Académico

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA

La República de Colombia,
el Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA

Confiere a:

SARA OSPINA DIOSA

C.C. 1.017.238.270 de Medellín
Quien cumplió con todos los requisitos académicos
exigidos para obtener el título de:

BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICA

En testimonio de ello se otorga el presente diploma
en la ciudad de Medellín a los 28 días del mes de Julio de 2022

Rector (a) | Decano (a) | Secretario (a) General | Admisiones, Registro y Control

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA

Acta de Grado No. 325

FACULTAD: **CIENCIAS DE LA SALUD**

PROGRAMA: **BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO**

LUGAR: **AUDITORIO DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA**

FECHA: **28 DE JULIO DE 2022**

APROBACIÓN DE PROGRAMA: **ACUERDO 014 DEL 28 DE JULIO DE 1995**

En la fecha y lugar señalados se reunieron en la **Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia,** el doctor **RUBÉN DARÍO OSORIO JIMÉNEZ** en calidad de Vicerrector Académico y la Decana de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD,** la doctora **ÁNGELA MARÍA GAVIRIA NÚÑEZ,** con el propósito de conferir el Título de **BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICA** a: **SARA OSPINA DIOSA,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.017.238.270 de **Medellín.**

La Secretaria General procedió a tomar al graduado este juramento:

"¿JURÁIS A DIOS Y PROMETÉIS A LA PATRIA OBEDECER Y OBSERVAR LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, DEFENDER SIEMPRE LOS FUEROS DE LA JUSTICIA, PRACTICAR VUESTRA PROFESIÓN DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE LA ÉTICA Y TRABAJAR POR EL ADELANTO Y PROGRESO DE LA CIUDAD Y DEL PAÍS, DESEMPEÑANDO A CABALIDAD LOS CARGOS QUE SE OS CONFIAREN?"

A lo que contestó el graduado: "SI JURO".

La Secretaria General agregó: "SI ASÍ LO HICIEREIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIEN, SI NO, ÉL Y ELLA OS LO DEMANDEN".

Seguidamente la Secretaria General entregó al graduado el Diploma por medio del cual la **Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia,** lo declara idóneo para el ejercicio de la profesión de: **BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICA.**

Finalmente se leyó la presente Acta y se suscribió por:

Rector

Decana

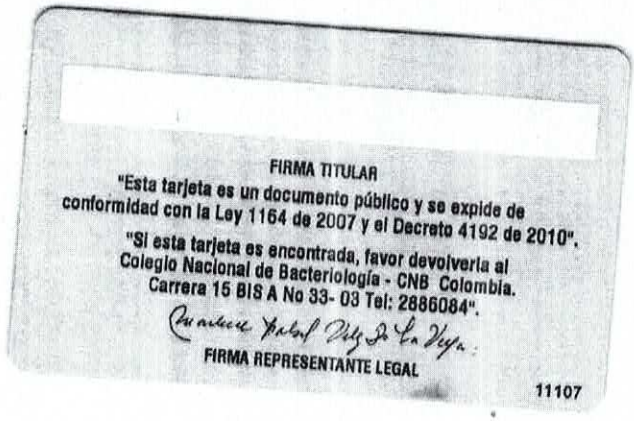
Titular

Secretaria General

Registrado para efectos legales de conformidad con el Decreto No. 636 de abril 3 de 1996, en el libro de Registro de Diplomas No. 015 Folio No. 10074 Hoy, 28 de Julio de 2022.

Jefe de Admisiones, Registro y Control


La salud es de todos
Minsalud
CNB
Colegio Nacional de Bacteriología - CNB - Colombia
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICA
SARA OSPINA DIOSA
C.C.1.017.238.270
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
MEDELLÍN
Fecha de expedición del diploma: 2022-07-28
Fecha de inscripción en el ReTHUS: 2022-08-12



FIRMA TITULAR

"Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010".

"Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Nacional de Bacteriología - CNB Colombia. Carrera 15 BIS A No 33- 03 Tel: 2886084".

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

11107

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1017238270

Primer Nombre: SARA

Primer Apellido: OSPINA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9527

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-16→3:07:27 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1017238270	SARA		OSPINA	DIOSA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SARA OSPINA DIOSA identificado(a) con CC 1017238270 registra La siguiente información:

2026-10-16→3:07:27 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

		Administrativo			
UNV	Local	BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	2022-08-12	15328	Colegio Nacional de Bacteriologia

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Excento del SSO	No Aplica	|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriologia

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

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

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

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, 16/10/2026 12:38:48 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1017238270** y Nombre: **SARA OSPINA DIOSA.**

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. **149707975** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:29:34 PM horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1017238270**

Apellidos y Nombres: **OSPINA DIOSA SARA**

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

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 16 de octubre de 2026, a las 12:30:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1017238270
Código de Verificación	10172382702610161230 32

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

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 12:24:35 horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1017238270,** Apellidos y Nombres **OSPINA DIOSA SARA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **POLICIA NACIONAL**, con NIT **900968320-1** 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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304908899

PIB
12:31:50

Bogotá DC, 16 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) SARA OSPINA DIOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1017238270:

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.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **SARA OSPINA DIOSA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1017238270** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1017238270
NOMBRES Y APELLIDOS	SARA OSPINA DIOSA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/06/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/10/2026**

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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSPINA DIOSA SARA** identificado(a) con **CC** número **1.017.238.270** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de abril de 2017 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 16 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**

Certificación
Bancaria

Viernes, 16 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SARA OSPINA DIOSA identificado(a) con CC 1017238270, 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	07961825240	2024-01-05	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.

VIGILADO superintendencia financiera de colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1017238270
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SARA OSPINA DIOSA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BELLO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	BARRIO LAS BRISAS	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			6036568348	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/10/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			739119309

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280,200	$ 0	$ 280,200
SUBTOTALES:										**$ 280,200**	**$ 0**	**$ 280,200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 218,900
SUBTOTALES:													**$ 218,900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218,900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42,700	$ 42,700	$ 0	$ 0	$ 42,700
SUBTOTALES:									**$ 42,700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42,700**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP																									
																											ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1017238270	OSPINA DIOSA SARA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1,750,905				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1,750,905	$ 280,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280,200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1,750,905	$ 218,900	$ 0	$ 218,900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,750,905	101723827	$ 42,700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141228571935

(415)7707212489984(8020) 000014122857193 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 7 2 3 8 2 7 0	8	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 1 7 2 3 8 2 7 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINA	DIOSA	SARA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

41. Dirección principal
AV 40 A # 61 - 11

42. Correo electrónico ospinasara1976@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 9 0 0 8 9 0	3 0 2 3 1 9 3 8 5 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 2 6 0 1 0 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-01-09 / 03:16:55PM

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 OSPINA DIOSA SARA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colegio Nacional de Bacteriología

Bogotá D.C., Octubre 15 de 2026

Cer:20263999

Señores
POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD - ANTIOQUIA
E.S.D.

REFERENCIA: CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

El CNB Colegio Nacional de Bacteriología en Colombia, delegado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 721 del 11 de marzo de 2015, asumió el 1 de junio de 2015 las funciones del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

De conformidad con la Ley 841 de 2003 y su Ley complementaria 1193 de 2008, que reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta el Código de Bioética y otras disposiciones, el CNB certifica que en su base de datos, la profesional **SARA OSPINA DIOSA** identificada con CC 1.017.238.270 no tiene registro de antecedentes en el ejercicio de su profesión.

La presente se expide a solicitud la profesional, el 15 de Octubre de 2026 y tiene una vigencia de 60 días.

Cordialmente,

YENEDITH DE VARGAS UPARELA
Presidenta CNB Colegio Nacional de Bacteriología
Elab: ALFPAACNB

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **SARA OSPINA DIOSA**

C.C 1017238270 DE MEDELLÍN

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

PRIMER RESPONDIENTE

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
AJUDISP AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 30 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **SARA OSPINA DIOSA**

C.C 1017238270 DE MEDELLÍN

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

CUIDADO DEL DONANTE

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
AJUDISP AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 29 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **SARA OSPINA DIOSA**

C.C 1017238270 DE MEDELLÍN

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

CURSO IATA TRANSPORTE DE SUSTANCIAS PELIGROSAS

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 28 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CONVIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **SARA OSPINA DIOSA**

C.C 1017238270 DE MEDELLÍN

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

CURSO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 27 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CONVIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **SARA OSPINA DIOSA**

C.C 1017238270 DE MEDELLÍN

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

CURSO EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE DIAGNOSTICO Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES INTENSIDAD DE 40 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
AJUDISP AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 26 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CONVIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Colegio Nacional de Bacteriología

Bogotá D.C., Octubre 15 de 2026

Cer:20263999

Señores
POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD - ANTIOQUIA
E.S.D.

REFERENCIA: CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

El CNB Colegio Nacional de Bacteriología en Colombia, delegado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 721 del 11 de marzo de 2015, asumió el 1 de junio de 2015 las funciones del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

De conformidad con la Ley 841 de 2003 y su Ley complementaria 1193 de 2008, que reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta el Código de Bioética y otras disposiciones, el CNB certifica que en su base de datos, la profesional **SARA OSPINA DIOSA** identificada con CC 1.017.238.270 no tiene registro de antecedentes en el ejercicio de su profesión.

La presente se expide a solicitud la profesional, el 15 de Octubre de 2026 y tiene una vigencia de 60 días.

Cordialmente,

YENEDITH DE VARGAS UPARELA
Presidenta CNB Colegio Nacional de Bacteriología
Elab: ALFPAACNB

ANEXO No 3
INFORMACION A TERCEROS

1. TIPO DE BENEFICIARIO
SELECCIONE LA OPCIÓN CORRECTA

1.1 Consorcio o Unión Temporal		1.11 Persona Natural Extranjera	
1.2 Departamento		1.12 Persona Natural Nacional	X
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera		1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.5 Establecimiento Público Nacional		1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1,6 Gobierno Extranjero		1.16 Regional sin NIT Especial	
1.7 Municipio		1.17 Resguardo	
1.8 Otra Pública Departamental		1.18 Sociedad de Economía Mixta	
1.9 Otra Pública Municipal		1.19 Universidad Pública	
1.10 Otro Beneficiario		1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2. TIPO DE DOCUMENTO
ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	
2.2 Cédula de Extranjería		2.5 Pasaporte	
2.3 Registro Único Tributario		2.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO: 1 0 1 7 2 3 8 2 7 0

3. TIPO RETENCION
DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente		3.5 General no es Gran Contribuyente ni Autoretenedor	
3.2 Entidad Estatal o sin ánimo de lucro		3.6 Régimen Común	
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor		3.7 Régimen Simplificado	
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor			

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

5. PAIS _____ REGION _____ CIUDAD _____

6. TELEFONO _____ 7. FAX _____

8. DIRECCION _____ 9. E-MAIL _____

10. INFORMACION DE LA CUENTA
ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

10.1 ENTIDAD FINANCIERA Bancolombia SUCURSAL _____

10.2 NUMERO DE LA CUENTA 07961825240 AHORROS [ ] CORRIENTE [X]

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE FECHA 16 octubre 2026.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

sara ospina diosa

C.C 1.017.238.270

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 27 de octubre 2026

Código: 769424587000

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Sara Ospina Diosa

CC 1017238270 de Medellín - Antioquia

Realizó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-10-27

Fecha de vencimiento: 2028-10-27

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FARMILENIO IPS

Un pasaporte a la Salud

FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S

NIT. 900276318-6

Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello

Cel. 3185945372 · Tel. 220-27-34 · E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com

www.farmilenio.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.444

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	INDEPENDIENTE
CIIU (Actividad Económica) del empleador	
SIN REGISTRAR	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
OSPINA DIOSA SARA	FEMENINO	29 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1017238270 (Numero)

Cargo

BACTERIOLOGA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PROTECCION	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Oscar Dario Sanchez Hernandez
Médico y Cirujano
Medico Ocupacional

Firma:

Nombre: CC: 15922679 - OSCAR DARIO SANCHEZ

R. M.: 15922679 L.S.O.: 108006

Código de Seguridad

D766J1P21444

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: OSPINA DIOSA SARA

CC: 1017238270

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 372996cd-4ffc-42c5-9305-51f107fc88cd

Nombres y apellidos / Full name: **SARA OSPINA DIOSA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1017238270**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/09/1996**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3163900890**

Correo electrónico / e-mail: **ospinasara1976@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	03	08	2015		D2221	ENVIGADO ESPIM CLINICA REGIONAL VALLE DE ABURRA	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	03	08	2015		M70621	ENVIGADO ESPIM CLINICA REGIONAL VALLE DE ABURRA	
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	05	08	2015		1434019-01	MEDELLIN SOMA Sociedad Medica Antioqueña S.A.	
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	14	09	2015		1434019-01	MEDELLIN SOMA Sociedad Medica Antioqueña S.A.	
TD Adulto	Segunda	12	05	2017		D2284	MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignacio	DEICY YORDALY ZULETA ALZATE
TD Adulto	Tercera	12	07	2021		2339X026A	ENVIGADO ESPIM CLINICA REGIONAL VALLE DE ABURRA	YENIFER GALEANO RODRIGUEZ
COVID SINOVAC	Segunda	09	08	2021	Sinovac	202106062O	MEDELLIN VIVA 1A Prado IPS	YURI ASLEDY GARCIA BUITRAGO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	19	03	2022	Moderna Biotech	037M21A	MEDELLIN ESE METROSALUD UH Belen Hector Abad G.	REINALDO ANTONIO ESTRADA DELGADO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	22	11	2023		220600622A	MEDELLIN PROFAMILIA IPS MEDELLIN	BEATRIZ MARTINEZ
TD Adulto	Cuarta	21	08	2024	Serum	2330L021C	BELLO VIVA 1A IPS	DIANA PAOLA BOLAÑOS GOMEZ
Fiebre Amarilla	Única	29	04	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23K0927	ARMENIA IDIME SEDE NORTE	JULIANA JARAMILLO TORO - CC1094959904 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	09	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	CIRCASIA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	JOHANA MARIN
Triple Viral Particular	Primera	09	07	2025		A69CF778A	UVA ARMENIA	LAURA JIMENA ARENAS GOMEZ - CC1095208156 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	23	07	2025		220501124B	UVA ARMENIA	LAURA JIMENA ARENAS GOMEZ - CC1095208156 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 372998cd-4ffe-42c5-9305-51f1071c88cd

Nombres y apellidos / Full name: SARA OSPINA DIOSA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1017238270

Fecha de nacimiento / Date of birth: 10/09/1996

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3163900890

Correo electrónico / e-mail: ospinasara1976@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	17	09	2025		0345L002D	VAL-SALUD SAS	JUDITH MARCELA MORALES TOBAR
Varicela Particular	Primera	17	09	2025		Z008367	VAL-SALUD SAS	JUDITH MARCELA MORALES TOBAR
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	04	12	2025		AHAVC164AJ	BELLO SURA BELLO IPS	SANDRA LILIANA PIZARRO SALDARRIAGA - CC42694094 - ACTIVO
VPH Nonavalente Particular	Primera	09	01	2026		Y002201	MEDELLIN SURA Industriales IPS	GLADYS CRISTINA ZAPATA CALLEJAS
VPH Nonavalente Particular	Segunda	18	02	2026		Y017472	MEDELLIN SURA Industriales IPS	ERIKA MARYORI CORREA MENESES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	06	07	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526004	MEDELLIN SURA Industriales IPS	JESSICA USMA FLOREZ - CC1026152983 - ACTIVO
TdaP Acelular Gestante	Anual	12	08	2026	Sanofi Pasteur	5DA79D1	MEDELLIN SURA Industriales IPS	MARIANA BLANDON OSORIO - CC1000752049 - ACTIVO
VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO GESTANTE	Única	05	10	2026		NL0489	MEDELLIN SURA Industriales IPS	PAOLA ANDREA MONSALVE JIMENEZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **SARA OSPINA DIOSA**

C.C 1017238270 DE MEDELLÍN

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 24 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

politécnico cohan
Ciencias de la Salud

Licencia de Funcionamiento 015117 de diciembre 15 de 2015,
emitida por la Secretaría de Educación de Medellín

Hace constar que:

SARA OSPINA DIOSA

cc 1017238270

Asistió, participó y aprobó el Curso de Formación Continua

TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA

Con una intensidad de **10 horas**

Se firma en Medellín, a los 27 días del mes de julio de 2024

Andrés Felipe Londoño Vélez
Rector

Paula Marcela Botero Arias
Secretaria Académica

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

SARA OSPINA DIOSA

Con Documento de Identidad No 1017238270

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - SEPTIEMBRE 06 DE 2022
Registrado en el Libro de Actas No 0020220906
CÓDIGO DE SEGURIDAD m5Rwf1qFXGKOlnOPYoZcpaCQZKWTpXh0IlucIm+BWIh3

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

SECCIONAL SANIDAD ANTIOQUIA
FICHA BIOGRAFICA

FOTO
3X4

Apellidos Ospina Diaza

Nombres Sara

C.c 1017238270 **Expedida en** MEDELLIN

Grado académico _____ **Profesión** x **Especialización** _____

Grupo sanguíneo O **Factor RH** positivo **Estado Civil** Soltera

Dirección Residencia Av 40a #61-11

Teléfono _____ **Celular** 3163900890

Correo Electrónico ospinasara1976@gmail.com

Fecha de Nacimiento 10/09/1996 **Lugar** Medellin **Depto.** Antioquia

Fecha de ingreso a la clínica _____ **Tipo de vinculación** _____

Inicio contrato Día ____ **Mes** ____ **Año** ____ **Término contrato Día** ____ **Mes** ____ **Año** ____

E.P.S Sura **Pensión** Proteccion

¿Labora en otra entidad? ____ **¿cuál?** _____ **Horas** _____

Nro. Cuenta bancaria 07096825240 **Entidad** Bancolombia

Nombre de los padres Maria Luz Dary Ospina Diaza **Y** _____

Dirección de los padres Av 40 a #61-11 **Ciudad** Medellin **Teléfono** 3023193853

Nombre cónyuge _____ **C.C Nro.** _____ **De** _____

Hijo Nro.1 _____ **Fecha Nacimiento** _____

Hijo Nro.2 _____ **Fecha Nacimiento** _____

FIRMA Sara Ospina

Medellín 16 octubre de 2026

Señores
Fondo Rotatorio
Policía Nacional
Ciudad

Yo Sara Ospina Diasa identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1017238270 de MEDELLIN. certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ____ NO X he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2022

FIRMA Sara Ospina Diasa

NOMBRE Sara Ospina Diasa.

CEDULA 1017238270

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO TALENTO HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN

REALIZADO POR TALENTO HUMANO

Yo Sara Ospina Diaz identificado con Cedula de Ciudadanía 1017238270 de MEDELLIN- durante el proceso de selección se me ha informado en el momento de la entrevista que el contrato que llegaría a firmar con la Unidad Prestadora de Salud Antioquia de la Policía Nacional es por Prestación de Servicios, donde debo cumplir con los siguientes requisitos:

1) Pagar salud, pensión y ARL como independiente, sobre el 40% del valor mensual de mis honorarios, sin que este valor sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Acepto: X No Acepto: _____

2) Se me ha explicado los diferentes riesgos de afiliación a la ARL dependiendo de la Unidad Médica a Laborar.

Acepto: X No Acepto: _____

3) Realizar el pago de pólizas contractuales las cuales son, de calidad y cumplimiento, responsabilidad civil y contractual (si aplica); las pólizas se pagan por el valor total del contrato ante cualquier aseguradora.

Acepto: X No Acepto: _____

4) Me han dado a conocer que la unidad a laborar es laboratorio. _____, con una intensidad horaria equivalente a _____ horas diarias, 33 horas semanales y 143 horas mensuales.

Acepto: X No Acepto: _____

FIRMA Sara Ospina

NOMBRE Sara Ospina Diaz

CEDULA 1017238270

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Sara Ospina Diaza Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1017238210, con domicilio en Avenida 40a #61-11, de la empresa clinica de la policia, cargo Bacteriologa, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato X convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Envigado, a los Dieciséis (16) días del mes de Octubre del año 20 26.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Sara Ospina
Post-Firma:
Identificación 1017238270
Empresa: Clínica de la policía envigado
Cargo: Bacteriólogo

16 de agosto de 2026

A quien pueda interesar,

Por medio de la presente, autorizo formalmente a la oficina de Talento Humano de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia para realizar la revisión de mi título universitario. Esta autorización incluye cualquier revisión necesaria de la documentación relacionada con mi formación académica.

Agradezco de antemano su atención y colaboración en este asunto.

Atentamente,



Nombre completo: Sara Ospina Diosa

Cedula: 1017238270

Colombia Compra Eficiente

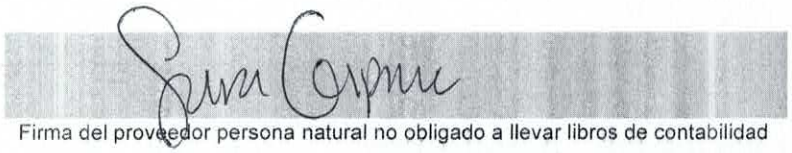
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Sara Ospina Diosa, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 16 días del mes de octubre de 2026



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Sara Ospina Diosa

Documento de Identidad: 1017238270

Tel. (+57 1) 795 6600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia
www.colombiacompra.gov.co

POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE INTELIGENCIA POLICIAL

COMPONENTE BIOGRAFICO ESTUDIO DE CONFIABILIDAD A PERSONAS NATURALES

El presente documento debe ser diligenciado en su totalidad por el aspirante sin omitir información, por lo cual se hace necesario que las respuestas sean claras, detalladas, puntuales, y especificas.

Cualquier inexactitud en los datos suministrados ocasionará la anulación en el proceso de selección.

Fotografía 3 x4

CIUDAD Y FECHA	MEDELLIN, 16/10/2024.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer Apellido	Segundo Apellido
Ospina	Diaz.

Nombres Completos	Sara

Cédula de Ciudadanía No.	Estado civil	Edad	Teléfono fijo	Teléfono celular
1017238270	Soltera	30	No aplica.	316 390 0890.

Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Licencias de conducción	
MEDELLÍN	Día: 16	Mes: 10	Año: 2026	SI X No.	Categoría A2
Email: Ospinasara1976@gmail.com.				Vehículo No: CM602F (No)	
				Motocicleta No: CM602F	

Dirección de la residencia	Avenida 40a #61-11				
Barrio	Niquia Girasol	Estrato	2	Ciudad	Bello

II. INFORMACION ACADEMICA

BACHILLERATO	Nombre del Establecimiento	Colegio Santo Domingo de Guzman.					
Ciudad	Zamora-Bello	Departamento	Bello-Antioquia.	Modalidad	Bachiller tecnico	Año	2026

ESTUDIOS PROFESIONALES, TECNOLÓGICOS O TÉCNICOS

Carrera	Fecha			Ciudad	Plantel Educativo	Título Obtenido
	Inicio	Termino	Graduado			
Bacteriologa	2016	2022	SI X NO	Medellin		Bacteriologa y laboratorista
			SI NO			
			SI NO			

Otros Estudios y Cursos Realizados	Ciudad	Titulo obtenido	Fecha de Inicio	Fecha de termino	Graduado	Plantel Educativo
					SI NO	
					SI NO	
					SI NO	

III. INFORMACIÓN ECONÓMICA

CRÉDITOS				
SI ___ NO X	No. de cuotas		Otros ingresos: $ Por concepto:	
	Valor Cuota			
	Finaliza		Entidad financiera	
	No. de cuotas		Otros ingresos: $ Por concepto:	
	Valor Cuota			
	Finaliza		Entidad financiera	

Tarjetas de Crédito: SI_____ NO X

Entidad	Numero	Cuota Mensual	Cupo Total

PROPIEDADES	Dirección	Ciudad	No. Escritura	Valor
Apartamento				
Casa (s)				
Finca				
Otros Bienes				

Vehículo o Motocicleta	Marca	Año modelo	Placa	Valor

IV. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde labora actualmente	Clinica de la policia	Cargo	Baclendaga	Tiempo en el cargo	9 meses.
Nombre del Jefe Inmediato:	Luisa Marcarella	Teléfono empresa o jefe inmediato	300 4768217		
Fecha de ingreso:	06-02-2026	Salario de ingreso:	2'739,935.		

EMPRESAS DONDE LABORÓ EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Año	Empresa	Cargo	Nombre completo del Jefe Inmediato	F. De retiro	M. Del retiro	Teléfono
2025	Clinica la Sagrada Fa	Baclendaga.	Natalia. Grisales	octubre 2025	Cambio de ciudad.	3022188281

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

	Apellidos y Nombres Completos	No. Documento	Edad	Ocupación	No. Celular
PADRES	Maria Luz Dary Aspina Diaz	43425267	65	Amade Casa	3023193853
HERMANOS	Alexander Giraldo aspina	98207982	40	Uniformado	3508770078
CONYUGUE					
HIJOS					

Si Ud. es separado o tiene hijos con personas con las que ya no convive diligencie:

Apellidos y nombres	No. Identificación	Ocupación	Ciudad	Tiempo de la Separación

En caso de que alguno de sus familiares este fallecido Diligenciar:
Parentesco _____Nombres y Apellidos _____ Día____ Mes ____ Año ____ Ciudad_____
Motivo_____
Parentesco _____Nombres y Apellidos _____ Día____ Mes ____ Año ____ Ciudad_____
Motivo_____

Tiene Familiares en la Policía Nacional: Si_____ NO_____

Grado	Servicio A	Servicio R	Apellidos Nombres	Cedula	Parentesco	Unidad

Tiene usted algún familiar que tenga o haya tenido antecedentes penales o contravencionales : SI _____ No X
Parentesco _____ Nombre _____Año _____ Ciudad _____
Causas_____

VI. INFORMATIVOS , CAUSAS PENALES, SUSPENSIONES Y EMBARGOS CONTRA EL FUNCIONARIO

AUTORIZO A LA DIRECCIÓN DE INTELIGENCIA POLICIAL PARA QUE VERIFIQUE Y ADMINISTRE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMATO, DENTRO DE LOS LÍMITES LEGALES QUE ESTIPULE LA LEY. SI ___ NO ___

Quienes tengan acceso al presente documento conforme a los parámetros del requerimiento realizado, estarán obligados a preservar la reserva de la información de acuerdo a la disposición constitucional y legal vigente, durante la realización del estudio y después del mismo, quienes indebidamente divulguen, entreguen, filtren, comercialicen, empleen o permitan que alguien emplee el presente documento o información de carácter reservado, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales a que haya lugar.

Para todos los efectos legales , certifico que todos los datos anotados en el presente formato son veraces (Art, 5 ley 190/95)

HUELLA
INDICE DERECHO

Juan Carpina

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

RESERVADO

Los documentos de inteligencia tienen un carácter reservado por disposición Constitucional, de acuerdo a la ley 1621 de 2013 articulo 33 y las autoridades deben seguir garantizando la misma, conforme a lo previsto en el Artículo 20 de la ley 57 de 1985 y el artículo 27 de la Ley 594 de 2000.

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

CLINICA REGIONAL VALLE DE ABURRA
REGISTRO DE AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE
NIT.811032059-3

ANEXO Nº 1 al contrato de prestación de servicios profesionales

y/o técnicos Nº_____ de _____

Contratista.	Sara Ospina Diaza
Profesión.	Bacteriologa
Dependencia supervisora.	

Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 282 de la ley 100 de 1993, Articulo 50 de la ley 789 de 2002, en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, ley 797 de 2003 y ley 828 de 2003, estipulado en la clausula vigésima de contrato en mención , me permito manifestar que me encuentro afiliado (a) , y girando los aportes correspondientes a las siguientes entidades promotoras de salud y administradora de fondo de pensiones , en mi condición de trabajador (a) independiente , sin tener vinculo laboral alguno con la DIRECCION DE SANIDAD.

E.P.S (Obligatoria)	Sura
A.F.P. (Obligatoria)	Sura

De igual manera, atendiendo el Decreto 1295 de 1994, reglamento por el Decreto 2800 de 2003, manifiesto que SI____ NO____ deseo afiliarme a la administradora de riesgos profesionales con la cual se encuentran cubiertos los servidores públicos adscritos a la planta de personal:

A.R.P (Obligatoria)	

Por lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P. determinado por la superintendencia bancaria, anexando copia del presente documento y del contrato respectivo.
En consecuencia me comprometo como contratista independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes, en las proporciones de la Ley, en caso de incurrir en mora o aporte parcial autorizo desde ya a la POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD para que descuente de los honorarios que se me adeuden y sea girado a las entidades respectivas, el valor correspondiente.

Atentamente,

FECHA 16 (DIA) 10 (MES) 2026 (AÑO)

_____ 1017238270 de _____
FIRMA (Contratista) identificación

Carrera 43 a No. 48 C sur-45 Envigado
Teléfonos: 339 66 09
Meval.secsa-gutah@policia.gov.co
www.policia.gov.co

PROSPERIDAD PARA TODOS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUDA ANTIOQUIA

CONSTANCIA NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL HORAS/DIA EXCLUSIVAS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PROPIA

Según Resolución Número 398 del 13 de septiembre de 2023 "*Por la cual se establece la metodología para calcular las necesidades del personal asistencial*, y en su artículo 2 se define como el procedimiento que permite la proyección, medición o ajuste de las necesidades del talento humano asistencial a partir del análisis estadístico de los eventos de salud o la dinámica de la demanda de servicios en concordancia con el portafolio de servicios, para la red propia como parte integral del estudio demanda – oferta de la UPRES Antioquia, ESPCO Clínica DEANT,ESPRI Comando Antioquia, ESPRI Comando Distrito Bello, ESPRI Rionegro, ESPRI Escuela Carlos Eugenio Restrepo, ESPRI Escuela de Suboficiales Carlos Holguín, Hospital en Casa, Programa Médico Domiciliario y Salud Operacional.

El suscrito responsable para las Necesidades de Personal Asistencial de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, hace constar que una vez verificada la NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL HORAS/DIA EXCLUSIVAS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PROPIA No. 020–III–AS, con radicado de comunicación oficial No. GS-2026-091715-DISAN, se encuentran autorizadas las 6 horas día, para el personal que ostenta el título de, BACTERIOLOGA Sara Ospina Diosa para cubrir la necesidad planteada en la UPRES Antioquia, ESPCO - IMANT.

Se expide a solicitud del Grupo de Contratos de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia de la Dirección de Sanidad Policia Nacional a los 06/11/2026

TS-27 **DIANA MILENA ORTIZ VERGARA**
Responsable Necesidades de Personal Asistencial UPRES-DEANT

Nota: El profesional no puede exceder más de las 6 horas día, autorizadas en la Proyección de Necesidades de Personal Asistencial No. 020- III- AS

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396645
Diana.ortiz4745@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA