Barbosa, enero 2024.

Doctora
DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO
Gerente – E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO
Barbosa, Santander

Respetada Doctora,

Atendiendo al interés comunicado por parte de la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, mediante escrito del ____ de enero de 2024, me permito manifestar que acepto la propuesta económica y las condiciones y actividades propuestas; y a su vez ofrezco mi idoneidad y experiencia para la prestación eficiente del servicio a contratar.

Adjunto con el presente la documentación requerida para el proceso de contratación.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA
C.C. No. 1.043.002.815 de Sabanalarga

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
Barraza	Acuña	Luis Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1043002815 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO 1043002815 — D.M. FM

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 21 MES 03 AÑO 1990

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: SABANALARGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: SANTANDER

MUNICIPIO: BARBOSA

TELÉFONO: 7486100 — EMAIL: lfba_90@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BÁSICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES 09	AÑO 2015

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		ESPECIALIDAD	09	2015	

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BARBOSA					CORREO ELECTRONICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3113034736	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	01	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS -						DIRECCIÓN CALLE 9 - 15 54					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO 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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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*

sigep II COLOMBIA VIDA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA

Periodo 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Luis Fernando Barraza Acuña

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1043002815 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: SANTANDER MUNICIPIO: BARBOSA

DIRECCIÓN: CARRERA 9 15 54 TELÉFONO: 3113034736 7486100

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUCIANA BARRAZA ACUÑA	1043599925	HIJO(A)
LUIS SAMUEL BARRAZA ACUÑA	1099219738	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$0

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	CUENTA DE AHORROS	334143848	BARBOSA	3.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	CARRO	54

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
ANDREINA ACUÑA ROJANO	C.C. **X** C.E. T.I.	1043007480

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

El servicio público es de todos | 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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
LUIS	FERNANDO	BARRAZA	ACUÑA

Documento de identificación
C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1.043.002.815

Lugar de Nacimiento
País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SABANALARGA

Lugar de domicilio
País COLOMBIA Departamento SANTANDER Municipio BARBOSA

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.

Cargo o función que cumple
MEDICO GENERAL

Lugar de sede
País COLOMBIA Departamento SANTANDER Municipio BARBOSA
Dirección CRA 9 NO 15-54

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	30.000.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	5.000.000

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORROS	COLOMBIA	$ 3.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

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

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [ ] NO [ ]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo(a)	LUCIANA		BARRAZA	ACUÑA	1.043.599.925
Hijo(a)	LUIS	SAMUEL	BARRAZA	ACUÑA	1.099.219.738

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

Hoja de Vida



Mi Perfil

Me caracterizo por ser una persona responsable con alto sentido de pertenencia, cumplidor con los cargos que se me asignan, entregado a mi profesión con el objetivo de cumplir a la comunidad en general, proyectando una imagen de honestidad y honradez, para asimismo mejorar cada día, he desempeñado labores en el área de hospitalización, urgencias, consulta externa y ambulancia medicalizada.

Datos Personales

NOMBRES	:	Luis Fernando
APELLIDOS	:	Barraza acuña
FECHA DE NACIMIENTO	:	21 de Marzo de 1990
LUGAR DE NACIMIENTO	:	Sabanalarga - Atlántico
CEDULA DE CIUDADANÍA	:	No. 1043002815 de S/larga - Atl.
LIBRETA MILITAR	:	No. 1043002815 Distrito No. 44
ESTADO CIVIL	:	casado
DIRECCIÓN RESIDENCIAL	:	Aguada de Pablo calle 4 #26 1-18
TELÉFONO	:	Cel. 3113034736
PROFESIÓN	:	Médico General
CORREO ELECTRONICO	:	lfoa_90@hotmail.com

Estudios Realizados

🕮 PRIMARIA	:	Escuela Mixta No. 1 Aguada de Pablo
🕮 SECUNDARIA	:	I.E.T.C de Sabanalarga.
🕮 TITULO OBTENIDO	:	Bachiller Comercial
UNIVERSITARIOS	:	Universidad Metropolitana
TITULO OBTENIDO	:	Medico General

Experiencia laboral

ENTIDAD	:	Hospital San Roque de Guepsa Santander
CARGO	:	Medico de consulta externa y urgencias
TIEMPO DE SERVICIO	:	octubre 8 de 2015, hasta diciembre 3 de 2015
ENTIDAD	:	Clinimed, Barbosa Santander
CARGO	:	Médico de urgencias y hospitalización
TIEMPO DE SERVICIO	:	octubre 1 de 2015, hasta noviembre 30 de 2016
JEFE INMEDIATO	:	juan isidro villamil (gerente)
ENTIDA	:	Hospital san Bernardo, Barbosa Santander
CARGO	:	Médico de urgencias y consulta externa
TIEMPO DE SERVICIO	:	Enero 5 de 2016, hasta noviembre 30 de 2016
JEFE INMEDIATO	:	Hernando Ardila Caro (Gerente - Serviten)
ENTIDAD	:	Sismedica, Honda Tolima
CARGO	:	Medico de ambulancia
TIEMPO DE SERVICIO	:	Febrero 1 de 2017, hasta julio de 2017
JEFE INMEDIATO	:	Diego mosos
ENTIDAD	:	clínica santa Isabel, Florencia Caquetá
CARGO	:	médico de urgencias
TIEMPO DE SERVICIO	:	agosto 2017 (1 mes) por cierre de la clínica
JEFE INMEDIATO	:	Martha Elena chavarro guzmán

		Magnolia Víquez Ramos
TELEFONO	:	3133132108
ENTIDAD	:	ESE CON CAMA DE PALMAR DE VARELA - ATLANTICO
CARGO	:	Médico de urgencias
TIEMPO DE SERVICIO	:	Octubre DE 2017 - 10 de enero de 2018
ENTIDAD	:	AVANZAR MEDICO Y NUEVA EPS (VELEZ - SANTANDER)
CARGO	:	Medico de consulta externa
TIEMPO DE SERVICIO	:	Enero 15 de 2018 - 04 de 04 Enero de 2019.
JEFE INMEDIATO	:	Diana Caro
TELEFONO	:	3222641096
ENTIDAD	:	Hospital San Bernardo, Barbosa Santander
CARGO	:	Medico de consulta externa y Urgencias
TIEMPO DE SERVICIO	:	04 Enero de 2019 hasta la fecha.
JEFE INMEDIATO	:	Sandra Méndez
TELEFONO	:	3115459990
GERENTE ACTUAL	:	Deisy Gordillo
TELEFONO	:	3118209192

Actualmente me vengo desempeñando como coordinador médico del Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander, labor que realizo desde el 15 de

octubre de 2020 hasta la fecha, con resultados exitosos, funcionamiento del servicio con una calidad humada excepcional.

Referencia laboral

Isidro Villamil, gerente de Clinimed, cel. 310 8089179

Diana caro, jefe de enfermería de Avanzar – provincia de Vélez Santander. Cel. 322 264 1096

Ricardo romero, presidente de la cruz roja, honda Tolima, cel. 316 527 2611

Sandra Méndez, gerente de hospital san Bernardo, Barbosa Santander, 3115459990

Hernando Ardila caro, gerente de Serviten, E.S.E San Bernardo, cel. 311 251 1405

Referencias Personales

NOMBRE	:	Janner Cervantes Palacio
PROFESION	:	Medico General
TELEFONO	:	Cel. 3226509418
NOMBRE	:	Gerardo escorcia
OCUPACIÓN	:	Medico General
TELEFONO	:	Cel. 3014106689
NOMBRE	:	Oscar Benavidez Rueda

OCUPACION	:	Medico General
TELEFONO	:	3126162483

Referencia Familiar

NOMBRE	:	Juan Carlos Acuña Polanco
PROFESIÓN	:	Medico General
TELEFONO	:	Cel. 311 695 5384
NOMBRE	:	Carlos Acuña Bermejo
PROFESIÓN	:	Trabajador Independiente
TELEFONO	:	Cel. 321 538 0513
NOMBRE	:	Andreina Acuña Rojano
PROFESION	:	Docente
TELEFONO	:	312 208 7350

Luis Fernando Barraza Acuña

CC.: 1,043.002.815



República de Colombia
Y en su nombre la

Institución Educativa Técnico Comercial de Sabanalarga

Aprobado por la Secretaria de Educación Departamental según resolución Nº 3567 de Noviembre 24 del Año 2004.

Confiere a:

Luis Fernando Barraza Acuña

El título de:

Bachiller Técnico Comercial Con Enfasis En Informática

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional

Lic. Eddie Carbonell Cuentas
c.c Nº 8,632 .729 de S/larga
Rector

Elda Inés Escorcia García
c.c Nº 22 ,638.687 de s/larga
Secretaria

Registro de Acta de Grado *Libro Nº* 01 *Acta Nº* 005
Folio Nº 30 *Registro Nº* 6

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

C.C.No. 1.043.002.815 de Sabanalarga

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS
PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL
LE OTORGA EL TÍTULO DE

M E D I C O

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DIRECCIÓN PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD

ANOTADO AL FOLIO 90 DEL LIBRO 2/07

NÚMERO DE REGISTRO M - 4821

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

4 DÍAS DEL MES Septiembre DEL AÑO 2015

09635

Universidad Metropolitana
Ciencias de la Salud
Programa de MEDICINA

ACTA DE GRADO

Código: M-82-6869-15

Otorgada a:

Luis Fernando Barraza Acuña

Cédula De Ciudadanía 1.043.002.815 de Sabanalarga

En Barranquilla a los 04 días del mes de Septiembre de 2015 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vicerrector, Director(a) de los Subsistemas Administrativo y Académico, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico. Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

Luis Fernando Barraza Acuña

Cédula De Ciudadanía 1.043.002.815 de Sabanalarga

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL LE OTORGA EL TÍTULO DE:

Médico

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

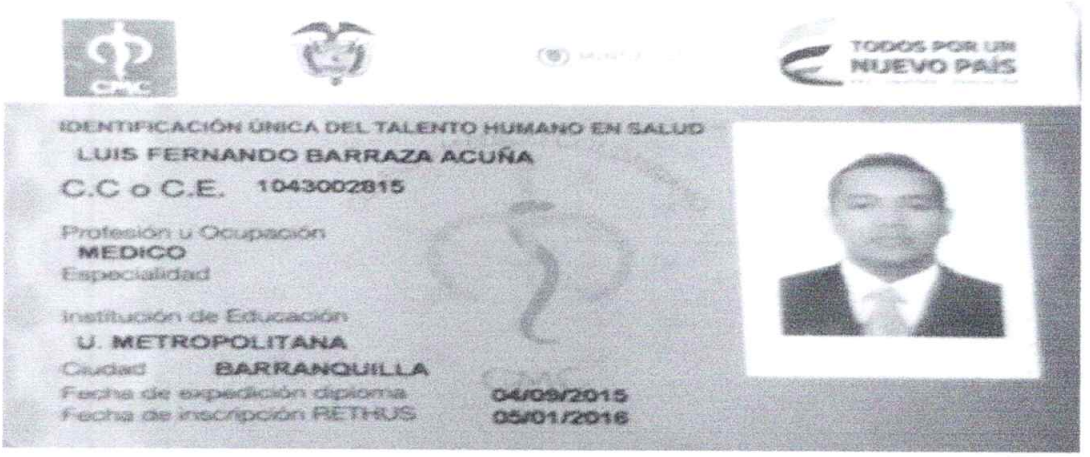
Tras de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado, a los 04 días del mes de Septiembre de 2015.

CARLOS JALLER RAAD
Rector

GUSTAVO ELIAS DE LA HOZ HERRERA
Vicerrector

JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS
Director(a) de Programa

Resolución 1052 de febrero 25 de 1974 del Ministerio de Educación Nacional



Scanned by CamScanner

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 *

1043002815

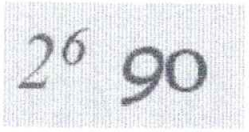
Primer Nombre

LUIS

Primer Apellido

BARRAZA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9715

Consultar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-01-09→3:38:46 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1043002815	LUIS	FERNANDO	BARRAZA	ACUÑA	Vigente

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) LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA identificado(a) con CC 1043002815 registra La siguiente información:

2024-01-09→3:38:46 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2015-12-18	0	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad	Progra

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C104300281500108430

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA**, identificado(a) con C.C. No. 1.043.002.815 y T.P. o R.M. No. 456/2014 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 27 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

FUNDACIÓN

LA SUSCRITA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA FUNDACION AVANZAR - FOS

CERTIFICA:

Que el señor, **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.043.002.615, laboro en esta Entidad como **MEDICO GENERAL**, desde el día quince (**15**) de enero de dos mil Dieciocho (2018) hasta el día cuatro (04) de enero de dos mil Diecinueve (2019), con vinculación laboral mediante contrato individual de trabajo a término fijo inferior a un año.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Floridablanca, a los doce (12) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019).

FOCAL FUNDACION AVANZAR FOS COORDINADORA ADMINISTRATIVA

MARGARITA MARIA FRANCO LOPEZ

Elaboró: Lcda. Adriana Benavides Ordoñez

Escaneado con CamScanner

CLINIMED BARBOSA LTDA Nit 804016911-1	CLINIMED Barbosa Con sentido humano
CERTIFICACIÓN CL-143	

JUAN ISIDRO VILLAMIL RODRÍGUEZ, identificado con la cédula de ciudadanía número 4.092.446 expedida en Chiquinquirá, Representante Legal de **CLINIMED BARBOSA LTDA.**

C E R T I F I C A

Que el Doctor **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.043.002.815 de Sabanalarga, Atlántico, presto sus servicios en esta institución como MEDICO GENERAL en el área de urgencias, desde el mes de octubre del año 2015 hasta el mes de Noviembre del año 2016.

Se expide en Barbosa Santander, a los Siete (07) días del mes de Marzo del año Dos Mil Diecisiete (2017), a solicitud del interesado.

JUAN ISIDRO VILLAMIL RODRÍGUEZ
GERENTE

SERVITEM LTDA.
Servicios Temporales
NIT: 804.017.284-6

CERT. LAB : ACV. 02-2015

CERTIFICACION DE TRABAJO

De conformidad con la obligación 7ª del Artículo 57 del código Sustantivo del trabajo

Que el Doctor, **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA**, identificado con cédula de Ciudadanía número **1.043.002.815**, prestó sus servicios a ésta empresa como trabajador en Misión, en los siguientes periodos: 05 de Enero al 29 de Febrero de 2016 (contrato liquidación); 01 de Marzo al 30 de Septiembre de 2016 (contrato liquidado); y del 01 de Octubre de 2016 al 30 de Noviembre de 2016 (contrato liquidado); en el cargo de MEDICO GENERAL para el área de Consulta externa y Urgencias; con contratos individuales de trabajo POR OBRA O LABOR CONTRATADA, en el contrato con la empresa usuaria **E.S.E. HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.**

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los veinte (20) días del mes de Febrero de 2017.

HERNANDO ARDILA CARO
Gerente

Calle 41 No. 27 – 53 a - Barrio Mejoras Públicas - Bucaramanga.
Tels: 6 95 00 22 - 310 241 67 61
e-mail: servitem.bucaramanga@gmail.com
www.servitem.com.co

OIM Organización Internacional para las Migraciones

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Certifican que

Luis Fernando Barraza Acuña

Documento 1043002815

Asistió al encuentro académico

Taller de entrenamiento bajo escenarios de simulación Prácticas Clave que Salvan Vidas

Realizado en Barbosa los días 15 y 16 de septiembre de 2016. Horas a certificar 16.

CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA
Decano Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Familia E.S.E.
Palmar De Varela

E.S.E. CENTRO SE SALUD CON CAMAS PALMAR DE VARELA

CERTIFICA QUE

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA.

IDENTIFICADO (A) CON LA CC N° 1043002815

ASISTIÓ A LA CAPACITACION DE

" ACTUALIZACION EN TUBERCULOSIS Y LEPRA"

DADO A LOS 30 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2017

LIGIA MANOTAS BERDUGO
GERENTE

MARIO ESCORCIA
EXPOSITOR

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Hace constar

QUE *LUIS BARRAZA*

DE *SISMEDICA*

HA PARTICIPADO EN *ESTRICACIÓN VEHICULAR Y PRIMEROS AUXILIOS, ESTABILIZACIÓN DE PACIENTE*

CON UNA INTENSIDAD DE *8* HORAS

DADO EN *HONDA-TOLIMA* A LOS *2* DÍAS DEL MES DE *Febrero* DEL AÑO *2017*

Gerente Técnico Seguridad y Salud en el Trabajo

Técnico en Atención Prehospitalaria de Incidentes

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Escaneado con CamScanner

MSD

Certifica que

Luis Fernando Barraza Acuña

C.C. 1043002815

Participó en la

"Sesión Teórico-Práctica de Entrenamiento en la Técnica de Inserción y Retiro del Implante Anticonceptivo Implanon NXT"

Se realizó el día 5 de 10 del año 2019
Por el (la) enfermero(a), Julieth Andrea Jimenez Lopez

Jaime Ruiz
Director Médico

Implanon NXT™
68 mg etonogestrel

© 2019 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc., Kenilworth N.J., E.U.A.
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total.
MSD Colombia, Carrera 7 # 71 A - 52 Torre B, Bogotá D.C., Colombia.

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

PROGRAMA DE PEDIATRÍA

CERTIFICA QUE:

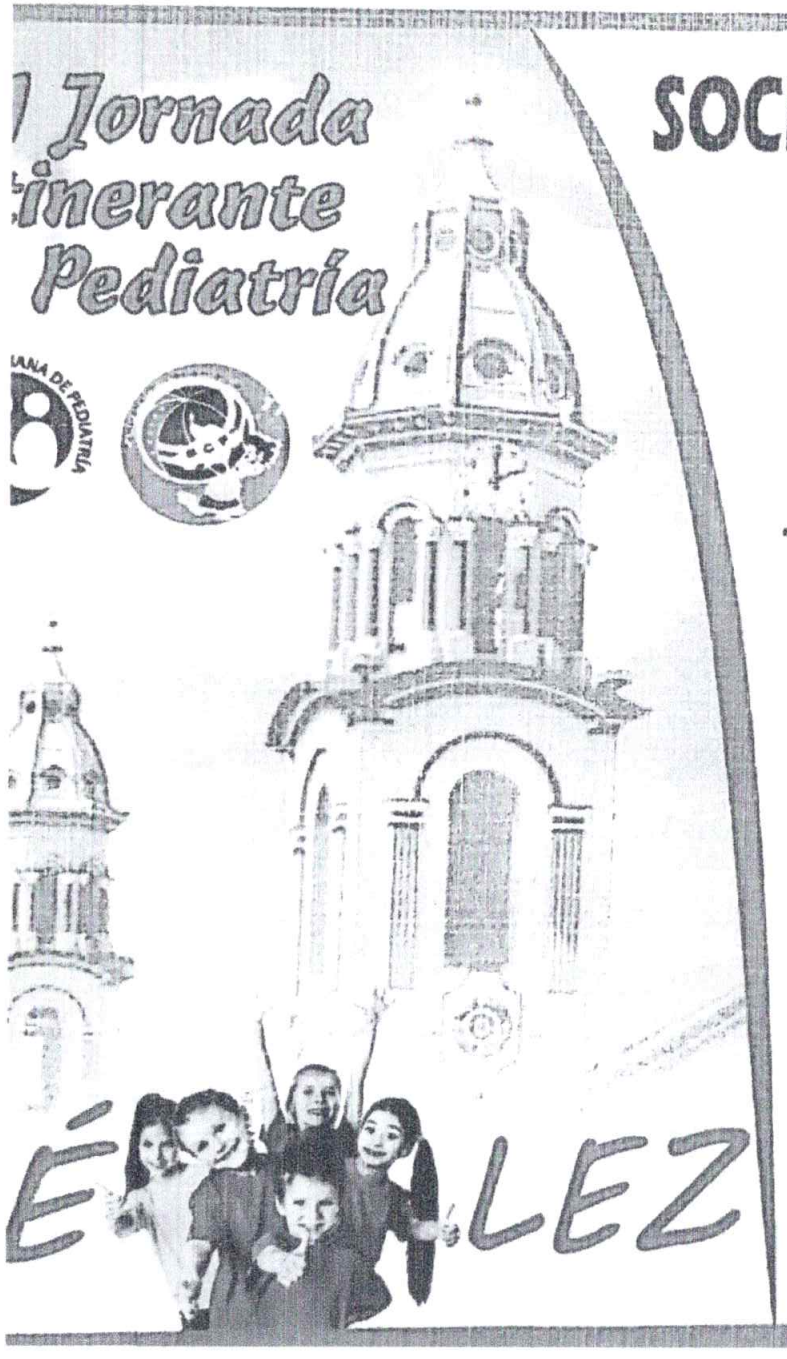
LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

Participó en: 8ª Jornada de Residentes de Pediatría
2 de egresados de la Universidad Metropolitana
"IGNACIO PALACIO PALACIO"
Realizado: 26 y 27 de octubre 2012
En el Hotel Barranquilla Plaza

Dr. Osmar Pérez Pérez
Coord. Postgrado de Pediatría

Dra. Sandra Pájaro Vargas
Coord. General de
Postgrado

Dra. Zully González Brunal
Jefe Residentes de
Pediatría



SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA
REGIONAL DE SANTANDER

CERTIFICA QUE:

Luis Fernando Barraza Acuña

PARTICIPÓ EN CALIDAD DE:

PARTICIPANTE

A LA III JORNADA ITINERANTE DE PEDIATRÍA DE VÉLEZ SANTANDER. NOVIEMBRE 23 DE 2019

DR. JESUS ALIRIO PEÑA O.
Presidente SCP - REG. SDER

DR. REINALDO A. BAYONA PLATA
Director Académico

Escaneado con CamScanner

Salamandra®
Organización Internacional en Gestión del Conocimiento

Otorga la presente

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

del entrenamiento

"BASIC LIFE SUPPORT"

(Soporte Básico de Vida)

"ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT"

(Soporte Vital Cardiovascular Avanzado)

A

Luis Fernando Barraza Acuña

Con Cédula de Ciudadanía 1043002815

Realizado en Barranquilla los días 27 y 28 de enero de 2017
a través de la Fundación Salamandra.

renamiento que sigue los lineamientos establecidos por la **American Heart Association.**

Acredita 24 horas de Educación Continua.

La presente constancia tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

Constancia registrada con el No. A-BLA67320171004

Dr. Laureano Quintero Barrera
Instructor BLS - ACLS
AHA - FIC - CNR
Director Científico

American Heart Association. Learn and Live. | AUTHORIZED TRAINING CENTER

República de Colombia

Gobernación de Santander

Secretaría de Salud Departamental

CERTIFICA QUE:

Luis Fernando Barraza Acuña

Identificado con C.C. No. 1043002815 Participó en el

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA FORTALECER EL DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO PARA LA ATENCION DE LAS MUJERES, ANTES, DURANTE Y DESPUES DE UN EVENTO OBSTETRICO.

Desarrollado en el marco del proyecto "FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER"

El Taller se realizó en el Municipio de Barbosa, el día 02 de septiembre de 2019, con una intensidad horaria de 8 horas

En constancia se firma a los 02 días del mes de septiembre de 2019

Dra. ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
PROFESIONAL universitario
Referente de Maternidad Segura

Dr. FABIAN RANGEL CARVAJAL
Medico ginecólogo

Escaneado con CamScanner

SANFOR SALUD S.A.S

Centro de Entrenamiento

Nit. 901400907-1

Certifica que:

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

c.c. 1.043.002.815

Aprobó el Curso – Taller ***SOPORTE VITAL BASICO RCP***

Con una intensidad horaria de 20 horas Teórico – Practico

Barbosa – Santander 20 de Marzo de 2023

Resolución 3100 de 2019

Cesar Augusto Sandoval G

CESAR AUGUSTO SANDOVAL GARCIA

Medico y Cirujano Instructor

Especialista en Psiquiatria

Sandra Liliana Forero

SANDRA LILIANA FORERO MORA

Gerente

3208053299 – 3052466232 *Sanfor Salud* *sanforsalud@gmail.com*

SANFOR SALUD S.A.S

Centro de Entrenamiento

Nit. 901400907-1

Certifica que:

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

c.c. 1.043.002.815

Aprobó el Curso – Taller ***SOPORTE VITAL AVANZADO***

Con una intensidad horaria de 20 horas Teórico – Practico

Barbosa – Santander 21 de Marzo de 2023

Resolución 3100 de 2019

Oscar Augusto Sandoval G

OSCAR AUGUSTO SANDOVAL GARCIA

Medico y Cirujano

Especialista en Psiquiatria

Sandra Liliana Forero

SANDRA LILIANA FORERO MORA

Gerente

3208053299 – 3052466232 Sanfor Salud sanforsalud@gmail.com

SANFOR SALUD S.A.S

Centro de Entrenamiento

Nit. 901400907-1

Certifica que:

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

c.c. 1.043.002.815

Aprobó el Curso ***GESTIÓN DEL DUELO***

Con una intensidad horaria de 20 horas Modalidad Virtual

Barbosa – Santander 24 de Marzo de 2023

Resolución 3100 de 2019

Oscar Augusto Sandoval G.

OSCAR AUGUSTO SANDOVAL GARCIA

Medico y Cirujano Instructor

Especialista en Psiquiatria

Sandra Liliana Forero

SANDRA LILIANA FORERO MORA

Gerente

3208053299 – 3052466232 | Sanfor Salud | sanforsalud@gmail.com

SANFOR SALUD S.A.S

Centro de Entrenamiento

Nit. 901400907-1

Certifica que:

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

c.c. 1.043.002.815

Aprobó el Curso ***ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL***

Con una intensidad horaria de 60 horas Modalidad Virtual

Barbosa – Santander 23 de Marzo de 2023

Resolución 0459 de 2012 y 3100 de 2019

sar Augusto Sandoval G

R AUGUSTO SANDOVAL GARCIA

Medico y Cirujano Instructor

Especialista en Psiquiatria

Sandra Liliana Forero

SANDRA LILIANA FORERO MORA

Gerente

3208053299 – 3052466232 Sanfor Salud sanforsalud@gmail.com

SANFOR SALUD S.A.S

Centro de Entrenamiento

Nit. 901400907-1

Certifica que:

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

c.c. 1.043.002.815

Curso ***ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS***

Con una intensidad horaria de 40 horas Modalidad Virtual

Barbosa – Santander 22 de Marzo de 2023

Resolución 4568 de 2014 y 3100 de 2019

ar Augusto Sandoval G

R AUGUSTO SANDOVAL GARCIA

Medico y Cirujano Instructor

Especialista en Psiquiatria

Sandra Liliana Forero

SANDRA LILIANA FORERO MORA

Gerente

3208053299 – 3052466232 Sanfor Salud sanforsalud@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.043.002.815**
BARRAZA ACUÑA
APELLIDOS
LUIS FERNANDO
NOMBRES

Luis Barraza Acuña
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAR-1990**
SABANALARGA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-ABR-2006 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0304600-00094363-M-1043002815-20081012 0004295275A 1 25297890

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2 Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4 Número de formulario: **14360559447**

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 4 3 0 0 2 8 1 5 - 2

6 DV | 12 Dirección Seccional: Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | 4

14 Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24 Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida

25 Tipo de documento: 2 Cédula de ciudadanía

26 Número de identificación: 1 3 1 0 4 3 0 0 2 8 1 5

27 Fecha expedición: 2 0 0 8 0 4 0 9

Lugar de expedición: COLOMBIA

28 País

29 Departamento: 1 6 9 Atlántico

30 Ciudad/Municipio: 0 8 Sabanalarga 6 3 8

31 Primer apellido: BARRAZA

32 Segundo apellido: ACUÑA

33 Primer nombre: LUIS

34 Otros nombres: FERNANDO

35 Razón social:

36 Nombre comercial:

37 Sigla:

UBICACION

38 País: COLOMBIA

39 Departamento: 1 6 9 Santander

40 Ciudad/Municipio: 6 8 Barbosa 0 7 7

41 Dirección principal: CL 9 15 25

42 Correo electrónico: lfba_80@hotmail.com

43 Apartado aéreo

44 Teléfono 1: 3 1 1 3 0 3 4 7 3 6

45 Teléfono 2

CLASIFICACION

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 2 1	2 0 1 5 0 9 0 4					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

53 Código:

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55 Forma | 56 Tipo

54 Código:

Exportadores

Servicio: 1 2 3

57 Mixto

58 CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos: SI NO X

60 No. de Folios: 0

61 Fecha: 2 0 1 6 0 1 1 8

Firma del solicitante: Luis Barraza Acuña

CC. 1 043 002 815

66 Nombre: DIAZ PARRA HERNAN DARIO

66 Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 18-01-2016 03:09:21PM

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.002.815**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1043002815
Nombres:	LUIS FERNANDO
Apellidos:	BARRAZA ACUÑA
No. de Carnet:	C5C3B675775AE07B3EF7FBB6B22F4100
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2022-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	FUNDACION SOCIAL BIOSSANAR
Departamento - Municipio:	SANTANDER-BARBOSA
Categoria:	B

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el martes, 09 de enero de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el viernes, 09 de febrero de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **LUIS FERNANDO BARRAZA ACU A** identificado(a) con **Cedula De Ciudadania No 1,043,002,815** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de **Cuenta De Ahorros Libreton No 334-134848** aperturada el **04 De Noviembre De 2015** , la cual se encuentra **Activa** y hasta la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **27** de **Febrero** de **2017** a las **15:16** , con destino a **Al Interesado.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

adelante.

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AMBIENTSALUD S.A.S

AMBIENTSALUD SAS
Resolución de Licencia SST 07542 del 22 de abril de 2022
NIT. 901379431-7
Calle 9 No. 8-25, Piso 1 - Cel. 3203173766 - 3118596855
E-mail. ambientsalud@gmail.com; citasambientsalud@gmail.com
www.ambientsalud.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.648

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BARBOSA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 9 MESES 22 DÍAS	CC	1043002815
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MÉDICO GENERAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO SIN RESTRICCIONES*

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:

VISIOMETRÍA ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Firma:

Nombre: ABRIL DIAZ WILSON FERNANDO

R. M.: 15933 **L.S.O.:** 0309

Código de Seguridad
V1222B1H13648

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

CC: 1043002815

GOBERNACION
DE CASANARE
NIT 892099215-6

RESOLUCION No. 0309 - - 16 MAR 2016

"Por la cual se concede licencia de prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo"

900 48

EL SECRETARIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CASANARE
En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el artículo primero de la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2.012 del Ministerio de Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO

Que ante la Secretaría de Salud de Casanare, WILSON FERNANDO ABRIL DÍAZ identificado con cedula de ciudadanía No. 91.018.823 de Barbosa (Santander), ha solicitado Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, adjuntando la documentación exigida por el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2.012

Que corresponde a la Secretaría de salud de Casanare por delegación del Ministerio de Salud y Protección Social según artículo 1° de la Resolución No: 004502 de 2012, expedir esta clase de licencias.

Que revisada la documentación presentada, esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

En mérito de lo expuesto

RESUELVE

ARTÍCULO 1: Conceder licencia de prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a: WILSON FERNANDO ABRIL DÍAZ identificado con cedula de ciudadanía No. 91.018.823 de Barbosa (Santander), como MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL, en las áreas de: Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en Área Técnica, Investigación del Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La licencia que trata el artículo anterior, se concede por un término de diez (10) años, contados a partir de la fecha de expedición de la presente resolución.

PARAGRAFO. Esta licencia es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTÍCULO 3: El interesado deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia contenida en la Resolución Ministerial 004502 de 2.012.

GOBERNACION
DE CASANARE
NIT 892099215-6

RESOLUCION No 0309 - - .16 MAR 2016

"Por la cual se concede licencia de prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo"

ARTÍCULO 4. Toda oferta de servicios que el titular de esta licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo ofrezca a instituciones públicas o privadas deberá estar acompañada de esta resolución.

ARTÍCULO 5. Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición y apelación por escrito dentro de los Diez (10) días hábiles siguientes a su notificación, en los términos y condiciones que establece el Código Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO 6: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Yopal Casanare a los .16 MAR 2016

JAIRO GIOVANY CRISTANCHO TARACHE
Secretario Departamental de Salud

Revisó: Dora Elena Gutiérrez Orjuela
Proyectó:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1043002815
APELLIDOS Y NOMBRES
BARRAZA ACUÑA
LUIS FERNANDO

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2020	2030	MY. 2040

PROFESIÓN BACHILLER
FECHA DE EXP: 19-OCT-2009 CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es obligatorio presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservistas [illegible] de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2738324
EJ COF 212

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA NATURAL
CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
	12	01	2024	Barbosa		

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

CLASE DE VINCULACIÓN

☒ TOMADOR ☐ ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐ APODERADO
☐ BENEFICIARIO ☐ INTERMEDIARIO ☐ PROVEEDOR ☐ OTRA ¿Cuál? _____

TIPO DE SOLICITUD

☒ VINCULACIÓN ☐ RENOVACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Barraza	Acuña	Luis Fernando

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)
C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: 1043002815

SEXO: X

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
09	04	2008	Sabanalarga Atlco	21	03	1990	Sabanalarga Atlco	

No DE HIJOS	VIVIENDA PROPIA	TIENE VEHÍCULO	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
2	SI ☐ NO ☒	SI ☒ NO ☐	Medico	Medico General.

TIPO DE ACTIVIDAD: ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ ASALARIADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☒ INDEPENDIENTE ☐ CIIU

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
Calle 15 N- 10 A 02	Barbosa	Santander	Colombia		3113034736

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA
Lfba_90@hotmail.com			SI ☒ NO ☐

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO
Hospital de Barbosa	Urgencias y Consulta Ext.	Medico general

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
	Barbosa	Santander	Colombia		

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI ☐ NO ☒
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI ☐ NO ☒
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI ☐ NO ☒
4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒ ESPECIFIQUE: _____
5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP*? SI ☐ NO ☒ DILIGENCIE ANEXO 1
6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☒
   INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A)	$ 55.000.000
TOTAL PASIVOS (B)	$ 40.000.000
TOTAL PATRIMONIO (A - B)	$ 10.000.000

2.2. INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES	$ 7.000.000
EGRESOS MENSUALES	$ 5.000.000
OTROS INGRESOS MENSUALES	$ 3.500.000

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ☐
IMPORTACIONES ☐ OTRA ☐ Cuál _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

*Vínculo / Relación: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

*Persona Expuesta Políticamente (PEP): Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.

*PEP Extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

*PEP de Organizaciones Internacionales: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. DAR DETALLE:

4. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**, ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consiento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vinculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: **(i)** El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; **(ii)** El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; **(iii)** Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; **(viii)** Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; **(ix)** Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; **(x)** Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; **(xi)** Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; **(xii)** Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de SEGUROS DEL ESTADO; **(xiii)** Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; **(xiv)** En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y **(xv)** Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO.**

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por SEGUROS DEL ESTADO para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estará habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@seguroasdelestado.com o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com en el link https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es veridica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: SÍ ☐

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:

1.He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.

2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediano de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).

3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1. **TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO**
   a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda),o Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) ó Estados Financieros.
2. **INTERMEDIARIOS**
   a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.
3. **PROVEEDORES**
   a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
   b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).
4. **BENEFICIARIOS**
   a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.
5. **APODERADO**
   a. En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA DEL CLIENTE

HUELLA INDICE DERECHO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	____ : ____	OBSERVACIONES:

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	SUCURSAL / INTERMEDIARIO	FIRMA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
	12	01	2024	Barbosa		

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

1. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

1.1. INFORMACIÓN TÉCNICA

RAMO: RENOVACIÓN SI ☐ NO ☒ — NÚMERO DE PÓLIZA

INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS	TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS	TIPO DE NEGOCIO
		100% CIA ☐ COASEGURO ☐ CEDIDO ☐ ACEPTADO ☐

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Barraza	Acuña	Luis Fernando

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)
C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: 1043002815

SEXO: X

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
09	04	2008	Sabanalarga Atlántico	21	03	1990	Sabanalarga	Atlantico

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELÉFONO	CELULAR
Calle 15 # 10 A 02	Barbosa	Santander	Colombia		3113034736

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: LFba_90@hotmail.com

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	AREA	CARGO
Hospital De Barbosa	Urgencias y Consulta Externa	Medico General

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
	Barbosa	Santander	Colombia		

1.2. INFORMACION PROFESIONAL

TITULO PROFESIONAL: Medico General — OTORGADO POR: Universidad Metropolitana — FECHA: 04-Sep-2015

ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA: _____ OTORGADA POR: _____

OTRAS ESPECIALIZACIONES: _____ OTORGADA POR: _____

NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL: 1043002815 — AÑOS DE EXPRIENCIA: 8 años

ESTA PÓLIZA SE REQUIERE PARA LA ACTIVIDAD GLOBAL COMO TALENTO HUMANO EN SALUD O PARA UN CONTRATO ESPECIFICO? EN CASO DE SER PARA UN CONTRATO, ADJUNTAR COPIA DEL MISMO E INDICAR OBJETO: _____

POSEE CONSULTORIO PROPIO? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR UBICACIÓN:

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ PREDIO PROPIO O ARRENDADO: _____

REALIZA TRATAMIENTOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO? SI ____ NO X % DENTRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS _____

1.3. INFORMACIÓN CON RESPECTO AL SEGURO

¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN JUDICIAL (CONCILIACIÓN O PROCESO) DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS? SI ___ NO X, EN CASO AFIRMATIVO RELACIONE:

FECHA	HECHO	TIPO DE SEGURO (PÓLIZA)	AMPARO AFECTADO	VALOR INDEMNIZADO

¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ___ NO X, EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLAS _____

¿HA TENIDO ALGUNA (S) RECLAMACIÓN (ES) DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS, EN LAS QUE HAYARECONOCIDO A LA VICTIMA ALGÚN DINERO, SIN PROCESO JUDICIAL O CONCILIACIÓN? SI ___ NO X, EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____

¿HA TENIDO CONTRATO EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ___ NO X, EN CASO AFIRMATIVO INDICAR.

COMPAÑÍA DE SEGUROS	VIGENCIA	LÍMITES ASEGURADOS

¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS? SI ___ NO X, EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES. _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OBSERVACIONES

2. DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL CLIENTE

- Formulario de conocimiento del cliente
- Rut actualizado
- Tarjeta profesional y diploma (si estudio en el extranjero, homologación del título profesional)

3. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.

b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si X No__.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas **www.segurosdelestado.com** y **www.segurosdevidadelestado.com.**

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas **www.segurosdelestado.com** y **www.segurosdevidadelestado.com** – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACION
De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así:

1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador de seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

4. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE

HUELLA
INDICE
DERECHO

Barbosa, enero de 2024.

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOPATIBILIDADES

Yo, **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA** identificada con cédula de ciudadanía número 1.043.002.815 de Sabanalarga, certifico que: Conozco las causales de incompatibilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estales (Públicas), mixtas y privadas de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el Art. 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el Art. 18 de la Ley 1150 de 2007, los Art. 1, 2 y 4 de la Ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidos en los Art. 26 numeral 7 de la Ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Dado en la ciudad de Barbosa, en el mes de enero de 2024.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA

C.C. No. 1.043.002.815 de Sabanalarga

DECLARACIÓN REFERENTE AL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS - REDAM

El suscrito **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.043.002.815 de Sabanalarga, en calidad de contratista, manifiesto y declaro bajo la gravedad de juramento, que al momento de suscripción del presente escrito, no soy deudor alimentario moroso ni me encuentro dentro del registro de deudores alimentarios morosos REDAM como deudor moroso; lo anterior bajo la aplicación de la Ley 2097 de 2021.

Así mismo, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 2097 de 2021, a la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO identificada con NIT. 890.205.456-5 a consultar mis datos personales en el REDAM a través de cualquier medio existente

Esta autorización se extiende por el término de la vinculación en servicio activo, entre **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA** y la E.S.E. lo cual implica, que la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO podrá realizar solicitudes de certificados de antecedentes de manera periódica y de acuerdo como lo determine la ley.

Se suscribe en el Municipio de Barbosa, en el mes de enero de 2024.

LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA
C.C. No. 1.043.002.815 de Sabanalarga

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

Barbosa Santander

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO identificado con NIT 890.205.456-5 , para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de la entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: contactenos@esehospitalintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co, y en Barbosa, Santander en la Carrera 9 No 15-54, Teléfono:(067) 7485951.

Se suscribe en la ciudad de Barbosa, en el mes de enero de 2024.

Nombre **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA**
C.C. No. 1.043.002.815 de Sabanalarga

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

Barbosa Santander

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo: **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA**, de nacionalidad colombiana, identificado(a) con Cc X CE No. 1.043.002.815 de Sabanalarga, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO identificado con NIT 890.205.456-5, manteniendo suconfidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015.
2. No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, así como no utilizarla de forma alguna que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
3. No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, aún después de finalizado el contrato.
4. No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
5. Utilizar solo los repositorios de información dispuestos por el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información de inmediato a la persona designada por el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, una vez haya suspensión o terminación de contrato o cambio en las obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual.
7. Garantizar la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.

El no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, contractuales, e incluso penales por parte del E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

Se suscribe en la ciudad de Barbosa, en el mes de enero de 2024.

Firma _____

Nombre **LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA**
C.C. No. 1.043.002.815 de Sabanalarga

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 09 de enero de 2024, a las 15:35:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1043002815
Código de Verificación	1043002815240109153540

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1043002815

¿ Cuanto es 9 - 2 ?

8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LUIS FERNANDO BARRAZA ACUÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1043002815.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, enero 09, 2024 - Hora de consulta: 15:34:17

El **certificado de antecedentes ordinario**, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El **certificado de antecedente especial**, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:32:30 PM horas del 09/01/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1043002815**

Apellidos y Nombres: **BARRAZA ACUÑA LUIS FERNANDO**

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

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, 09/01/2024 03:40:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1043002815 .**

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. **81768854** . 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 INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:49:13 horas del 09/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1043002815,** Apellidos y Nombres **BARRAZA ACUÑA LUIS FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**, con NIT **890205456-5** 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