REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.801.828**
BARROS ACUÑA

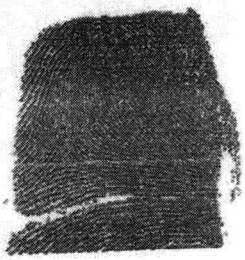
APELLIDOS
ROSA LICETH

NOMBRES

ROSA LICETH BARROS ACUÑA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1989**
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

14-ENE-2008 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2103100-00071861-F-1061801828-20080917 0003392750A 1 24322025

Gobernación del MAGDALENA

Hospital San Rafael E.S.E.

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Rosa Barros Arenas, Identificado con Cédula No. 1081801828 y Profesión. _____ AUTORIZO que la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: Rosa Barros A.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía		
2	Lista de Chequeo Firmada		
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)		
4	Propuesta de Servicios		
5	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
6	RUT - Registro Único Tributario (Del año Vigente)		
7	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)		
8	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
9	Curso de seguridad vial (Conductores)		
10	Licencia de conducción (Conductores)		
11	Curso Operador de Vehículo de Emergencias OVEM (Conductores)		
12	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
13	Curso de Humanización en los servicios de salud		
14	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** – Abogado, Ingeniero, Contador, Economista, Administrador de empresas, Arquitecto, etc. **(fecha vigente – MES actual**).		
15	Convalidación de Titulo — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)**		
16	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
17	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento deevaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
18	Soporte de experiencia laboral.		
19	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https:// https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) actualizada**		
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
21	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
22	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
23	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM		
24	Certificación Bancaria actualizada		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: Área de Contratación y Talento Humano

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 14:06:22
ROSA LICETH BARRO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes

Sugerencias SECOP



Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

Fundación, 28 De Mayo Del 2024

PROPUESTA DE SERVICIOS

DR.

SERGIO ANTONIOARAGON COTES
Gerente Hospital San Rafael de Fundación

Asunto: **Propuesta Prestación de servicios cómo apoyo a la facturación en la empresa social del Estado hospital San Rafael de Fundación Magdalena.**

El presente documento tiene como objeto principal ofrecer una manera clara y comprensible los alcances y especificaciones de los servicios que pongo a su consideración para la contratación de prestación de los servicios como prestación de servicios como apoyo a la facturación en la empresa social del estado hospital San Rafael de fundación Magdalena

Objetivo de la oferta prestación de servicios como apoyo en la facturación en la empresa social del Estado San Rafael de fundación Magdalena dentro del Marcos del desarrollo legal y funcional de esta institución hospitalaria la cual se cumplirá de manera fiel idónea y eficiente de acuerdo con mi capacidad y experiencia

ALCANCE DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

- Cumplir con la prestación del servicio de acuerdo al objeto contractual convenido
- Realizar todas y cada una de las siguientes actividades de acuerdo a la necesidad del servicio: a) Brindar apoyo a la gestión del proceso de facturación en cualquier área donde sea requerido b) Brindar apoyo cuando sea requerido, en la organización y verificación de las facturas de las diferentes eps con anterioridad al proceso de radicación. c) Responder y conservar en buen estado por los elementos, instrumentos y equipos a su cargo y velar por el cuidado y uso racional. d) Brindar apoyo cuando sea requerido, en la consecución y organización de los soportes para procesos de radicación de acreencias a las eps que sean objeto de liquidación por parte de la superintendencia nacional de salud e) Brindar apoyo cuando sea requerido, en la consecución de soportes (facturas, historia clínicas, ayudas diagnosticas) para el proceso de Respuestas y conciliación de glosas al área de cuentas medicas f) Brindar apoyo cuando sea requerido, al proceso de auditorías administrativas a los paquetes de facturas provenientes de los diferentes servicios de la ese g) Brindar apoyo cuando sea requerido, en el proceso de radicación de facturas a las diferentes eps que tengan relación contractual con la Ese Hospital Departamental San Rafael de Fundación. h) Brindar apoyo cuando sea requerido, en la elaboración y presentación de informes a los diferentes entes de control que ejercen vigilancia a la Ese Hospital Departamental San Rafael de Fundación i) Brindar información oportuna y clara a los pacientes, familiares y usuarios del Hospital San Rafael. j) Cumplir con el desarrollo de actividades asignadas que sean afines con la naturaleza del objeto contractual, de acuerdo a los parámetros de calidad, oportunidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, seguridad, racionalidad, calidez, transparencia, consentimiento y alto grado de satisfacción de todos los pacientes,

usuarios y trabajadores del Hospital San Rafael. k) Brindar apoyo cuando sea requerido, en la solicitud de autorizaciones de los diferentes servicios de la ese l) Brindar apoyo cuando sea requerido en la digitalización de historias clínicas. m) Brindar apoyo, cuando sea requerido en el área de Call Center en el agendamiento de citas médicas especializadas. n) Brindar apoyo, cuando sea requerido en la admisión de pacientes en el área de urgencias y/o Hospitalización.

- Someterse a las recomendaciones que con referencia a la ejecución del objeto contractual le haga EL CONTRATANTE
- Ejercer las demás funciones que le sean Asignadas y sean Afines con la Naturaleza del contrato.
- Acatar las recomendaciones que con referencia a la ejecución del objeto contractual le haga el supervisor designado por EL CONTRATANTE.
- Poner en conocimiento del CONTRATANTE cualquier situación irregular que se presente o que requiera de su participación.
- Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia técnica para atender sus obligaciones.
- Dar estricto cumplimiento a los términos pactados en el contrato y por ningún motivo abandonar el servicio contratado.
- Seguir las directrices que durante el desarrollo del contrato le imparta EL CONTRATANTE, a través de los funcionarios que ejercen el control de ejecución.
- Ser diligente en el cuidado de los bienes propios del Hospital y propender por evitar el hurto y demás delitos en contra de la empresa.
- Abstenerse de consumir bebidas alcohólicas y sustancias psicotrópicas antes o durante su jornada de prestación del servicio.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, LA CONTRATISTA debe acreditar durante toda la vigencia del contrato, el cumplimiento de sus obligaciones con los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales.
- Ejecutar el contrato de buena fe, conforme lo establece el artículo 1603 del código civil.
- Las demás que la gerente y/o supervisor considere necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual

PLAZO

Según lo establecido en los estudios previos

VALOR

Según lo establecido en los estudios previos

Cordialmente y muy agradecida.

Rosa Barros Acuña

ROSA LICETH BARROS ACUÑA
C.C **1.081.801.828**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14894359780

(415)7707212489984(8020) 000001489435978 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 1 8 0 1 8 2 8	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 1 8 0 1 8 2 8	2 0 0 8 0 1 1 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARROS	ACUÑA	ROSA	LICETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

41. Dirección principal: CL 3 DG 32 57 BRR EL PROGRESO

42. Correo electrónico: barrosrosa0610@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 7 6 2 0 6 6 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 2 9 9	2 0 1 3 0 8 2 2						

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 07 / 14 : 29: 10

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 BARROS ACUÑA ROSA LICETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Barros	Acuña	Rosa Liceth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1081801828

SEXO: F ⊗ M ○

NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 01 MES 10 AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACIÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3 32A 57 Barrio El Progreso

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: FUNDACIÓN

TELÉFONO: 3017620663 EMAIL: barrosrosa0610@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006
										X				

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).

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4143110	Día 01 Mes 05 Año 2024	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA - INDEPENDIENTE	ADMINISTRATIVA - FACTURACION	CALLE 16 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4143110	Día 01 Mes 04 Año 2024	Día 30 Mes 04 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSTRATISTA INDEPENDIENTE	ADMINISTRATIVA - FACTURACION	CALLE 16 5A 46 Barrio San Bernardo

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4143110	Día 01 Mes 03 Año 2024	Día 30 Mes 03 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ADMINISTRATIVA - FACTURACION	CALLE 16 5A 46 Barrio San Bernardo

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4143110	Día 01 Mes 02 Año 2024	Día 29 Mes 02 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA INDEPENDIENTE	ADMINISTRATIVA - FACTURACION	CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	FUNDACIÓN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4143110	Día 02 Mes 01 Año 2024	Día 30 Mes 01 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSTRATISTA INDEPENDIENTE	ADMINISTRATIVA - FACTURACION	CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO

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 RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION				*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPDENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION				*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 San Bernardo						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPDENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION				*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 San Bernardo						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FACTURACION				*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FACTURACION				*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						

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 RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4143110	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPEDIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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				

5 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	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	3

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 Fundación 28-05-2024

Rosa Barros Acuña

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL TERCERA MIXTA

FUNDACION - MAGDALENA

DANE 147288000141
INSCRIPCION 01604-1
JORNADA Tarde

Acta Individual de Grado

En la ciudad de FUNDACION a los 16 días del mes de DICIEMBRE del año 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del(la) INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL TERCERA MIXTA

institución APROBADA HASTA UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media TECNICA y RECONOCIDA OFICIALMENTE POR LA SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA EDUCACION DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad TECNICA, SEGUN RESOLUCION No. 105 DEL 02 DE DICIEMBRE DE 2005

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media TECNICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER TECNICO ESPECIALIDAD COMERCIAL

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ROSA LICETH BARROS ACUÑA

T.I. 891001-63033 DE FUNDACION

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 05 de fecha DICIEMBRE 16 DE 2006 que consta de 45 estudiantes y que comienza con el nombre de ACOSTA MORALES ALAN EFREN y se cierra con el nombre de VENECIA RODRIGUEZ SILVIA PATRICIA

Firmada y sellada por DALLYS MARGOTH TIMMS PALMA (Rector(a)) y GREGORIA PALMA SAMPER (Secretario(a)).

Dada en FUNDACION a los 16 días del mes de DICIEMBRE del año 2006

Firmado y Sellado por

Rector(a).
C.C. No. 26.940.880 DE VALLEDUPAR

Secretario(a).
C.C. No. 36.561.864 DE SANTA MARTA

Diploma No. _____

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Departamental

"Tercera Mixta"

Fundación - Magdalena

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena según Resolución No. 105 del 02 de diciembre de 2005,

Confiere a

Rosa Liceth Barros Acuña

Identificado(a) con T.I. No. 891001-63633 Expedida en Fundación

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad Comercial

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Institución.

Rectora

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 9 Diploma No. 04

Dado en Fundación, a los 16 de DICIEMBRE del año 2004

REPUBLICA DE COLOMBIA

CORPROSED

CORPORACION PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA

Acta De Grado

No. 678

En el Municipio de Fundación, Departamento del Magdalena, República De Colombia, se llevo a cabo el acto solemne de entrega de Certificados De Conocimientos Académicos en:

MERCADERISTA IMPULSADORA

A

Rosa Liceth Barros Acuña

Documento de identidad C. No 1.081.801.828 Expedida en Fundación, Magdalena

El aspirante termino sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente.

MATRICULA N° 950

FOLIO N° 004

Intensidad Horaria 300 Horas

Dada en Fundación a los 30 dias del mes de Abril de *2011.*
En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento del decreto 4904 del 16 de Diciembre de 2009

CORPROSED
RES. 0193
DIRECTIVA

Directora

Coordinadora General

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

CORPORACION PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA

CORPROSED

Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Con licencia de funcionamiento según Resolución No. 183 de Mayo 13 del 2008, emanada por la Secretaría de Educación Departamental

Confiere el Presente Certificado De Conocimientos Academicos En:

MERCADERISTA IMPULSADORA

A

Rosa Liceth Barros Acuña

Documento de Identidad C C No 1.081.801.828 Expedida en Fundación, Magdalena

Ha aprobado todos los módulos de formación y llenado los requisitos legales y estatutarios exigidos conforme a la norma reglamentada en el Decreto 4904 del 16 de Diciembre de 2009

Intensidad horaria 300 Horas

En testimonio de lo cual se firma y se sella el presente certificado. Dado en Fundación a los 30 días del mes de Abril de 2011

Acta de grado No. 690

Director

Coordinadora General

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

CORPORACION PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA

CORPROSED

Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según Resolución No. 183 de Mayo 13 del 2008, emanada por la Secretaría de Educación Departamental

CERTIFICA QUE

Rosa Liceth Barros Acuña

Asistió al Seminario de

EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL

Intensidad horaria de 6 horas

Dado en Fundación a los 27 días del mes de Marzo de 2011

CORPROSED RES. 0183 DIRECTORIA

Director

Coordinadora General

CERTIFICA

La asistencia De:

Rosa Liceth Barros Acuña

CC No 1.081.801828

Profesión:

Apoyo al Talento Humano

En el Curso de:

HUMANIZACION

En los servicios de la Salud

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo . 6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el dia 23 del mes de febrero de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **HM02898**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

CERTIFICADO LABORAL

FECHA	06 /02/2023
CIUDAD	STA MTA
LUGAR DE REALIZACION	SANTA MARTA
NOMBRE	ROSA LICETH BARROS ACUÑA
C.C	1.081.801.828
MOTIVO DE EVALUACION	EXAMEN MEDICO PARA INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO	TRABAJO ALTURAS

NOMBRE DE LA EMPRESA	PARTICULAR

CARGO U OFICIO A DESEMPEÑAR: ADMINISTRATIVO

CONCEPTO: NO TIENE CONTRAINDICACIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: EXAMEN FISICO NORMAL

APTO: X NO APTO

APTO CON RESTRICCIONES:

Recomendaciones: Estilos de vida saludables

APLAZADO POR

EXAMENES NORMALES

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE MEDICO: JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Resolución: 0829 DE 06/04/2017

RM 854 SSD

NOTA: Autorizo la divulgación de esta información a mi empleador actual por Juan Contreras Britto, custodie mi historia clínica y suministre el certificado

Hospital San Rafael E.S.E.

CL2023HSR01605

Para verificación cite los siguientes datos
Certificado No.: CL2023HSR01605
Fecha: 2023-07-19 09:10:00

LA SUSCRITA RESPONSABLE DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

CERTIFICA:

Que, una vez revisada la base de datos de la presente entidad, se pudo evidenciar que la señora **ROSA LICETH BARROS ACUÑA** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **1081801828** , ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios con esta entidad:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
0358-2023	2023-02-08	2023-02-28	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION-MAGDALENA
0385-2023	2023-03-01	2023-03-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION-MAGDALENA
0473-2023	2023-04-01	2023-05-15	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION-MAGDALENA
0857-2023	2023-05-16	2023-06-15	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION
1068-2023	2023-06-16	2023-07-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Fundación - Magdalena el día (19) del mes de Julio de 2023.

Atentamente,

HOSPITAL D/TAL SAN RAFAEL E.S.E
GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
TALENTO HUMANO

PAOLA ORTEGA MORALES
Responsable Talento Humano
th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

Elaboró: Estefany Alfonso

Para verificación cite los siguientes datos
Certificado No.: CL2024HSR00688
Fecha: 2024-05-14 18:57:24

LA SUSCRITA RESPONSABLE DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

CERTIFICA:

Que, una vez revisada la base de datos de la presente entidad, se pudo evidenciar que la señora **ROSA LICETH BARROS ACUñA** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **1081801828**, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios con esta entidad:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
1068-2023	2023-06-16	2023-07-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
1477-2023	2023-08-02	2023-08-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
1742-2023	2023-09-01	2023-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
2060-2023	2023-10-02	2023-10-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
2207-2023	2023-11-08	2023-11-30	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
2624-2023	2023-12-05	2023-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
CD20240229	2024-01-09	2024-01-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
CD20240538	2024-02-12	2024-02-29	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
CD20240785	2024-03-14	2024-03-31	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Fundación - Magdalena el día (14) del mes de Mayo de 2024.

Atentamente,

HOSPITAL D/TAL SAN RAFAEL E.S.E
GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
TALENTO HUMANO

PAOLA ORTEGA MORALES
Responsable Talento Humano
th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

Elaboró: PAOLA ORTEGA MORALES

Señores
ROSA LICETH BARROS ACUÑA

FUNDACION - MAGDALENA

LOPEZ REBOLLEDO LISBETH con el nit 32729282 certifica que la señora, ROSA LICETH BARROS ACUÑA, identificada con Cedula de Ciudadania Nº 1081801828, tuvo un contrato de trabajo Definido con la empresa, desde el 14 de Marzo de 2021 hasta el 31 de Diciembre de 2022, desempeñando el cargo de CAJERA .

Durante su estadía en la empresa se desempeño cabalmente en sus funciones.
Causa de retiro: Vencimiento de Contrato

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de BARRANQUILLA - ATLANTICO el día Martes, 07 de Febrero de 2023

Atentamente,

GERENTE
LOPEZ REBOLLEDO LISBETH

CENTRAL DE URGENCIAS UCYF S.A
SEDE ARACATACA MAGDALENA
NIT. 900105612-4

UCYF

EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA CENTRAL DE URGENCIAS UCYF S.A SEDE ARACATACA

CERTIFICA:

Que, La Joven **ROSA LICETH BARROS ACUÑA** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.081.801.828** expedida en Fundacion, labora en esta IPS como **RECEPCIONISTA** desde el 01 de Abril de 2015 hasta la fecha, con un contrato a término indefinido con el devenga un salario mensual de Setecientos Dieciocho mil Trescientos Cincuenta Pesos M/C (**718.350**)

La presente certificación se firma a petición del interesado a los 06 días del mes de Mayo de 2015.

Atentamente,

LUIS ALBERTO SUAREZ
COORD ADMINISTRATIVO
UCYF S.A

Autoservicio Superlay

Ramón Angarita Jaimes
Nit 19.591.949-8

Evaluacion de desempeño
Prácticas empresariales a alumnos vinculados con:
CORPORACION PROMOTORA SOCIAL EDUCATIVA

Nos permitimos certificar:

Nombre del alumno:	ROSA LICETH BARROS ACUÑA
c.c: o T.I:	1.081.801.828
Área:	prácticas empresariales y/o comerciales
Curso:	Mercaderista impulsadora
Inicio de prácticas:	1- junio de 2011
Duración:	120 horas
Funciones:	Mercadeo e impulso.

	excelente	bueno	Regular	Malo
Asistencia	X			
Conducta	X			
Puntualidad	X			
iniciativa	X			
Colaboración	X			
Comunicación	X			
Habilidad	X			
Resultados	X			

Aprobó

Ramón Angarita Jaimes
C.c. 19.591.949
Representante legal

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	2024-02-23 16:48

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSA	LICETH	BARROS	ACUÑA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1081801828

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	[" CALLE 16 - 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO"]

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 último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
TOTAL	$16.500.000,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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:

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ROSA LICETH BARROS ACUÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.801.828**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo 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.

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) ROSA LICETH BARROS ACUÑA identificado(a) con CC1081801828 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	10/08/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	QUIRUTRAUMAS DEL CARIBE S.A.S.
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de mayo del año 2024.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	BARROS ACUÑA ROSA LICETH
IDENTIFICACIÓN:	CC 1081801828
INICIO VIGENCIA:	01/09/2023
FECHA INICIO CONTRATO:	08-02-2023
FECHA FIN CONTRATO:	31-05-2024
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL
CC /NIT:	NI 891780008
CONTRATO:	97102230
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 27 días del mes de mayo del año 2024.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 27/05/2024 11:13:51. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1081801828 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 28/05/2024 02:13 PM

Código Verificación: **DMGWUSXHYV**

Válida hasta: **26/08/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ROSA LICETH BARROS ACUAA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.081.801.828 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 326348760, abierta/o desde el 22/10/2020.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Mayo del año 2024 con destino a: Rosa Barros

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO