

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.047.384.514

NUMERO

BARROS SANCHEZ

APELLIDOS

JOSE CARLOS

NOMBRES

Jose S. Barros

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1986

CHIVOLO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G. S. RH

M
SEXO

01-MAR-2005 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Orlando

REGISTRADOR NACIONAL
ALBERTO GARCIA GONZALEZ

INDICE DERECHO



P-0500100-32140522-M-1047384514-20050829 0614705241A 02 193769531



En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Jose Carlos Barron Identificado (a) con Cédula No. 1047384514 y Profesión

AUTORIZO que la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** 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, judiciales, inhabilidades etc. y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA:

Jose Carlos Barron

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - 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	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTORES)		
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)		
8	Hoja de Vida - Función pública (Sigep)		
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
10	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas (fecha vigente -MES actual).		
11	Convalidación de Título (Médicos y Médicos Especialistas) - Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)		
12	Resolución departamental para ejercer profesión		
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
14	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos (Médicos Generales), desde \$400.000.000 millones de pesos (Especialistas) y desde \$100.000.000 millones de pesos (Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición)		
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial)		
17	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
18	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
19	Certificado de Curso en UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas.		
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTION DEL DUELO (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)		
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la TOMA DE MUESTRAS (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas).		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Área Asistencial en General)		
26	Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)		
27	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 - Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)		
28	Soporte de experiencia laboral (Certificaciones laborales)		
29	Vacunas (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (todo el personal asistencial)		
30	Formato DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES - Diligenciar en la Página web (https://www.funcionpublica.gov.co/funcionpublica/funcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.		
31	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
33	Certificado ARL (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
34	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM		
35	Certificación Bancaria (Del año Vigente)		

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 del Área de Contratación y Talento Humano.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han
encontrado

0

Suscripciones

0

En edición

0

Ajudicaciones pendientes

Última Actualización

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han
encontrado

Sugerencias SECOP

Regístrate o actualiza tus datos

para recibir, de primera mano,
toda la información sobre eventos
y capacitaciones de **Colombia Compra Eficiente**.

¡Hazlo hoy! Clic aquí

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para
activarlo. Después de la
activación la disponibilidad
del servicio podrá tardar
hasta 10 minutos.

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, Enero de 2025

PROPUESTA ECONÓMICA

Doctor
SERGIO ANTONIO ARAGON
Gerente Hospital San Rafael de Fundación

ASUNTO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.

El presente documento tiene como principal objetivo: Brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como apoyo a la gestión de prestación de servicios asistenciales en la ESE Hospital San Rafael de Fundación Magdalena.

OBJETIVO DE LA OFERTA:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION.

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

- 1) obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
- 2) Cumplir con el objeto contractual en circunstancias de tiempo, modo y lugar de acuerdo a lo establecido en coordinación con el supervisor del contrato.
- 3) Realizar Interconsultas, Valoraciones, Atención, Intrahospitalaria; Realizar Juntas y tratamientos médicos efectuar exámenes, procedimientos y actividades propias de cada área o profesión contratada, acorde a las necesidades de cada paciente que se halle dentro del respectivo servicio.
- 4) Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Departamental San Rafael de Fundación – Magdalena. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
- 5) Diligenciar las historias clínicas con letra legible y clara, evitando el uso de siglas o abreviaturas no convencionales, anotando la fecha y hora de la valoración y registrando su firma y sello. La historia Clínica deberá ser diligenciada en su totalidad incluyendo motivo de consulta, , examen físico. Impresión diagnóstica y conducta a seguir. Firma y sello de quien diligencia.
- 6) Diligenciar documentos para facturación y estadística en forma legible
- 7) Realizar únicamente los procedimientos autorizados por el Hospital, garantizando la oportunidad en la prestación der servicio
- 8) Diligenciar totalmente las solicitudes de exámenes, procedimientos y/o interconsultas que requieran los pacientes incluyendo en estas el diagnóstico

del paciente. Igualmente diligenciar los formatos de referencia y contra referencia según se requiera.

9) Apoyar a los médicos de urgencias u otros servicios cuando se requiera.

10) Diligenciar los RIPS (Registros Individuales de Prestación el contratista, deberá suscribir garantía o póliza de cumplimiento y calidad del servicio, pago de prestaciones sociales y póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales.

11) Garantía en la prestación de los SERVICIOS MÉDICOS

12) participar en el 100% de los espacios de fortalecimiento técnico o capacitaciones que se realicen en la ESE Hospital departamental san Rafael de fundación.

PLAZO

Los establecidos en los estudios previos.

VALOR

Los establecidos en los estudios previos.

Agradeciendo la atención prestada,

José Carlos Baniwa

C.C. 1047384514

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14761495745	
					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 4 7 3 8 4 5 1 4		6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta		14. Buzón electrónico 1 9
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 4 7 3 8 4 5 1 4	
27. Fecha expedición 2 0 0 5 0 3 0 1		28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bolívar 1 3	
30. Ciudad/Municipio Cartagena 0 0 1		31. Primer apellido BARROS		32. Segundo apellido SANCHEZ	
33. Primer nombre JOSE		34. Otros nombres CARLOS		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Magdalena 4 7		40. Ciudad/Municipio Algarrobo 0 3 0	
41. Dirección principal CL 9 9 25					
42. Correo electrónico josecbarros86@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 0 4 1 5 1 9 5 5		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 2 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 7 2 3		48. Código 1 2	
49. Fecha inicio actividad		50. Código		51. Código 2 2 2 1	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Obligados aduaneros					
54. Código					
Exportadores					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios 0		61. Fecha 2025 - 01 - 20 / 15 : 44 : 49	
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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice Firma autorizada: 984 Nombre BARROS SANCHEZ JOSE CARLOS 985 Cargo CONTRIBUYENTE		

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO **1047384514**

APELLIDOS Y NOMBRES
BARROS SÁNCHEZ

JOSE CARLOS

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC 2016	2ª LÍNEA 31 - DIC 2026	3ª LÍNEA 31 - DIC 2036
------------------------------	------------------------------	------------------------------

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP: **15 JUL 2014**


CÓDIGO DE DISTRITO



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Barros	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sanchez	NOMBRES Jose Carlos	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1047384514	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 1047384514	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES 11 AÑO 1986	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 23 16 58 NORTE APTO 302		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO MAGDALENA	
DEPTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		
MUNICIPIO CHIVOLO	TELÉFONO 3045775963	EMAIL josecbarros86@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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		MEDICINA	07	2014	1047384514

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 ERICTO 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 ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO FUNDACIÓN				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4140124		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	04	Mes	06	Año	2022	Día	31	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD						DIRECCIÓN - Calle 16 # 5A 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO - ALGARROBO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO ALGARROBO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4140124		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD						DIRECCIÓN - Calle 9 No 8-13 Plaza Principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JALLER				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3856084		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	12	Mes	07	Año	2019	Día	31	Mes	07	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL,		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD						DIRECCIÓN - Calle 61 N 124 B. Boston					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JALLER				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3856084		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	05	Mes	05	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD						DIRECCIÓN - Calle 61 N 124 B. Boston					

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					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	10

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 INCOMPATIBILIDAD 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

Jose Carlos Barros.

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



UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Ciencias de la Salud

Programa de Medicina

ACTA DE GRADO

Código: M-80-6718-14

Otorgada a: **José Carlos Barros Sanchez**

Cédula de Ciudadanía 1.047.384.514 Cartagena

En Barranquilla a los 23 días del mes de Julio de 2014, 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 reúnen 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 AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

José Carlos Barros Sanchez

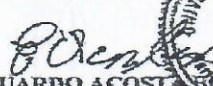
Cédula de Ciudadanía 1.047.384.514 Cartagena

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 y medio por clausurado el Acto de Grado, a los 23 días del mes de Julio de 2014


EDUARDO ACOSTA BENITEZ

Rector


GUSTAVO ELIAS DE LA HOZ HERRERA

Vice Rector (e)


JORGE ELIECER BOTANO BARRIOS

Director del Programa

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



EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ

C.C.N. 1.047.384.514 de Cartagena

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

MEDICO

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



ANOTADO AL FOLIO 85 DEL LIBRO 2/07



DADO EN BARRANQUILLA, A LOS



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C104738451400220942

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1047384514 y T.P. o R.M. No. 1047384514 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 CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 09 enero 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

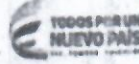
HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ

C.C o C.E. 1947384814

Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad

Institución de Educación
U. METROPOLITANA
Ciudad * BARRANQUILLA

Fecha de expedición d diploma
Fecha de inscripción RETHUS



CMC
23/07/2014
16/03/2015

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1047384514	JOSE	CARLOS	BARROS	SANCHEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ identificado(a) con CC 1047384514 registra La siguiente información:

2024-08-07 --10:54:33 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2015-12-02	0	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA MAGDALENA CHIVOLO	2014-08-07	2015-08-07	Prestación de Servicios Especializados de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 1 / 2

PÓLIZA 802065509
CERTIFICADO RM25512
REFERENCIA PAGO 0900254157
ELECTRONICO DD MM AAAA
FECHA EXPEDICION: 26 11 2024

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: JAPAEZ1 TIP CERTIFICADO: Nueva producción

TOMADOR				JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ				C.C. O NIT: 1047384514				3
DIRECCIÓN:		CL 9 9 25						CIUDAD:		SANTA MARTA		
E-MAIL:		CONFIANZA@GMAIL.COM						TELÉFONO:		3000000		
ASEGURADO:		JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ						C.C. O NIT:		1047384514		
DIRECCIÓN:		CL 9 9 25						CIUDAD:		SANTA MARTA		TEL. 3000000
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS						C.C. O NIT:		0000000000		
DIRECCIÓN:								CIUDAD:				TEL.
VIGENCIA						VALOR ASEGURADO EN PESOS						
DD MM AAAA		DD MM AAAA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA				
DESDE 25 11 2024		HASTA 25 11 2025						300,000,000.00				

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA		%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA VALORES
100.00	ESCOBAR GUERRERO, JAIME RAFAEL						PRIMA NETA	PESOS 200,000.00
							CARGOS DE EMISIÓN	PESOS 0.00
							IVA	PESOS 38,000.00
							TOTAL	238,000.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	25-11-2024	25-11-2025	0.00	300,000,000.00	200,000.00	10	5,000,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	25-11-2024	25-11-2025	0.00	60,000,000.00	0.00	10	2,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	25-11-2024	25-11-2025	0.00	60,000,000.00	0.00	10	2,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	25-11-2024	25-11-2025	0.00	60,000,000.00	0.00	10	2,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	25-11-2024	25-11-2025	0.00	60,000,000.00	0.00	10	2,500,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO

MODALIDAD SISTEMA BASE DE COBERTURA POR OCURRENCIA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACERLA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D001 Nota Técnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-FPMGLPCM04



(415)7709998911901(8020)0900254157

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá D.C. - Colombia

Fecha de impresión: 26 Nov 2024 14:00:52

**CÓDIGO
5120**

Association of emergency
medical technicians of the
Caribbean



NIT 90039924-9

JOSÉ CARLOS BARROS SANCHEZ

CC 1.047.384.514



ASOCIACIÓN DE TÉCNICOS DE URGENCIAS MÉDICAS DEL CARIBE S.A.
le expide la presente CONSTANCIA DE APROBACION del curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA VIOLENCIA SEXUAL

Finalizado en la Ciudad **B/QUILLA** 15 DE MAYO 2023
Con una intensidad Académica de **40** horas



Julio Cesar Barros Velazquez

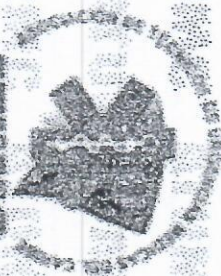
Presidente de ATUMC

CONTACTO - 3016729738
WEB - atumc.com
Atumc.2013@hotmail.com
Facebook - ATUMC

**CÓDIGO
5092**

Association of emergency
medical technicians of the
Caribbean

Life and heart



NIT. 900308324-9

CC 1.047.384.514

JOSÉ CARLOS BARROS SANCHEZ

ASOCIACIÓN DE TÉCNICOS DE URGENCIAS MEDICAS DEL CARIBE S.A.
le expide la presente CONSTANCIA DE APROBACION del curso de:
Reanimación cerebro-cardiopulmonar rccpr

BASIC LIFE SUPPORT. BLS
ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT. ACLS

Finalizado en la Ciudad **B/QUILLA** **del 26 DE MAYO 2022**

Con una intensidad Académica de **48** horas.
El curso sigue los lineamientos establecidos por la American Heart Association,
organismo que establece los parámetros y manejos universales de la reanimación

Julio Cesa Barros Venera
PROVIDOR DE ATUMC

CONTACTO - 3016729738

WEB- atumc.com

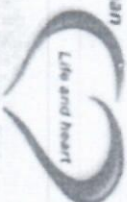
Atumc2015@hotmail.com

Facebook - ATUMC

FUNDACIÓN AMICA BRAZOS ABIERTOS
FABAS

**CÓDIGO
5092**

Association of emergency
medical technicians of the
Caribbean



JOSÉ CARLOS BARROS SANCHEZ
CC 1.047.384.514

ASOCIACIÓN DE TÉCNICOS DE URGENCIAS MEDICAS DEL CARIBE S.A.
le expide la presente CONSTANCIA DE APROBACION del curso de:
Reanimación cerebro-cardiopulmonar rccp

BASIC LIFE SUPPORT. BLS
ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT. ACLS

Finalizado en la Ciudad B/QUILLA 28 DE MAYO DE 2023

Con una intensidad Académica de **48** horas.

El curso sigue los lineamientos establecidos por la American Heart Association,
organismo que establece los parámetros y manejos universales de la reanimación



Julio César Barros Velez

Presidente de ATUMC

CONTACTO - 3016729738
WEB- atumc.com
Atumc2015@hotmail.com
Facebook ATUMC



Aprobado por Decreto No. 1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

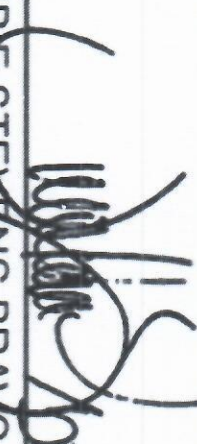
Certifica

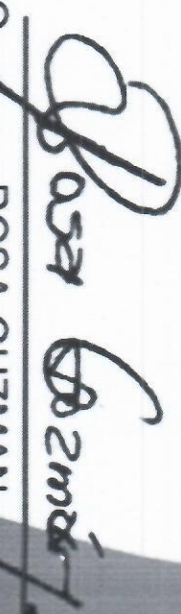
JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ
CC 1.047.384.514 de Cartagena -Bolívar

Realizó y aprobó el Diplomado Atención al Paciente Crítico (UCI ADULTO)
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-12
Fecha de vencimiento: 2026-08-12


ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.


DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jose Carlos Barros Sanchez

CC 1047384514 de Cartagena - Bolivar

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-07

Fecha de vencimiento: 2025-10-07

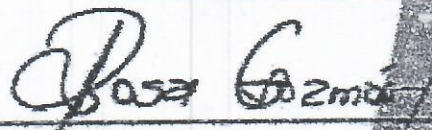




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

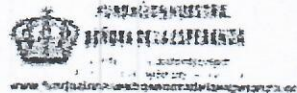


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Jose Carlos Barros Sanche
CC 1047384514 de Cartagena -Bolívar

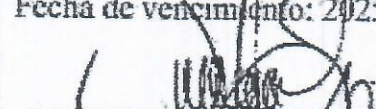
Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-09
Fecha de vencimiento: 2025-10-09





ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Actuante: [Illegible]

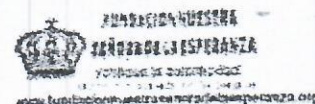


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Jose Carlos Barros Sanche
CC 1047384514 de Cartagena -Bolívar

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-07
Fecha de vencimiento: 2025-10-07

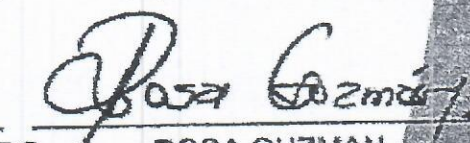




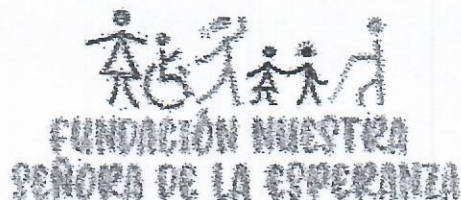
ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6

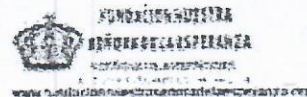


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Jose Carlos Barros Sanchez
CC 1047384514 de Cartagena -Bolívar

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-10-03
Fecha de vencimiento: 2025-10-03

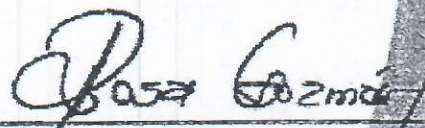




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa /
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Activar Windows



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1



Aprobado por Decreto No. 1075 del 26/05/2015. Educación no

formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

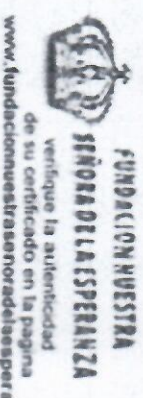
Jose Carlos Barros Sanchez

c.c. 1047384514 de Cartagena

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

Fecha de emisión: 2023-06-21

Fecha de vencimiento: 2025-06-21



www.fundacionnuestraesporanza

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educ
Desarrollo Human
Docente Especialis



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

José Carlos Barros Sanchez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

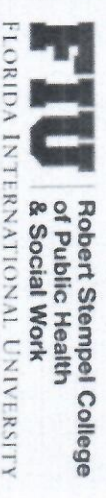
Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

21 de marzo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=65fcd859-a180-4c26-8e22-c410ac1f5b7c>



Fecha: 04/12/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
 Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
 Nombres y Apellidos: **Jose carlos barros sanchez**
 Cedula Ciudadanía:
 1047384514
 Sexo: m
 Edad: 37 Años
 Cargo: medico general
 Teléfono Celular: 3045775963
 Correo Electrónico: josecbarros86@gmail.com

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Medico ESP SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



La salud
es de todos



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito: SANTA MARTA	Municipio	Distrito: SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 .Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0343086**

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección: AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Teléfono(s): 4209632 - 4209600 EXT 1415 4209630 EXT 1415 - Correo Electronico: saluddistrital@sanmarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento es expedido de conformidad con lo previsto en la Parte 1, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 760 de 2018 y la Resolución 2100 de 2018, o sus normas que lo modifiquen o sustituyan.

Código interno Minsalud: P-142035158

Versión 2.0.

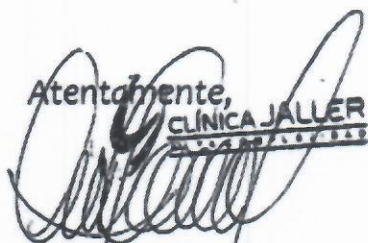


Dirección: Calle 61 N° 124 B. Boston
Teléfono: 5-3856084 Cel 311- 4166606
Email: info@clinicajaller.com Barranquilla

CERTIFICA

Que el señor **JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ** identificado con cedula de ciudadanía N° 1047384514 estuvo vinculado como contratista de la Clínica Jaller SAS y presentó sus servicios como **MEDICO GENERAL** a partir del 12 de julio del año 2019 hasta el 31 de julio del año 2019.

Se expide la presente certificación a petición del interesado a los 02 días del mes de junio del 2022.

Atentamente,

CLÍNICA JALLER
ANY OCHOA MACARENO.
Directora Administrativa.

Algarrobo 01 de septiembre de 2024.

ESE HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO

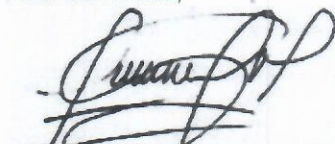
JOSE LUIS MOLINA GAMEZ, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N° **19.599.285**, expedida en Fundación – Magdalena, residente en Algarrobo - Magdalena, quien en su condición de **GERENTE** de la **ESE HOSPITAL ALGARROBO** según el Decreto de Nombramiento N° 0154 del 16 de mayo del 2020 y el Acta de Posesión N° 0081 del 16 de mayo de 2020,

CERTIFICA QUE;

El señor **JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1.047.384.514 laboró en esta entidad en calidad de **MEDICO GENERAL DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS** desde el 01 de julio del año 2020 hasta el 30 de junio de 2022 bajo contrato de prestación de servicios.

Esta certificación se expide a quien interese el día 01 de septiembre de 2024 en el municipio de Algarrobo.

Atentamente,



JOSE LUIS MOLINA GAMEZ

Gerente – Representante Legal E.S.E. Hospital Local de Algarrobo
C.C. N° 19.599.285, expedida en Fundación – Magdalena



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jose Carlos
 Apellidos: Barros Sanchez
 Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1047384514
 Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 11 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	<u>01-06-22</u>	<u>L2110FC0127</u>	<u>H(14) Jimenez</u>
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1	<u>01-06-22</u>	<u>7331011C</u>	<u>H(14) Jimenez</u>
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP celular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	<u>14-01-21</u>	<u>UNX00003</u>	<u>H(14) Jimenez</u>
	2	<u>23-03-22</u>	<u>UNX00004</u>	<u>H(14) Jimenez</u>
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	<u>01-06-22</u>	<u>VS022004</u>	<u>H(14) Jimenez</u>
Otras				

MiVacuna
 Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Jose Carlos
 Apellidos: Barros Sanchez
 Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☒ Pasaporte ☐ No. 1047384514
 Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 11 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	0	<u>08/03/21</u>	<u>Sinovac</u>	<u>E202102016</u>	<u>H-L-A</u>	<u>Danevis Ahumada</u>
	2	<u>06-04-2021</u>	<u>Sinovac</u>	<u>E202102016</u>	<u>Hospital Local Algarrobo</u>	<u>Danevis Ahumada</u>
	3da	<u>29/11/21</u>	<u>Moderna</u>	<u>01732111</u>	<u>Ex Hospital Algarrobo</u>	<u>Jainer Lopez</u>

Tipo de declaración **PERIÓDICO** Fecha de publicación **2025-01-27 14:43**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSE	CARLOS	BARROS	SANCHEZ

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1047384514

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio CHIVOLO	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento MAGDALENA	Municipio SANTA MARTA	

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 año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$45.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$45.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

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
HEIDY	VANESSA	RODRIGUEZ	ANDRADE

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082918368
----------------	----------------------	--------	------------

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:

SíNo

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:

SíNo

X

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

SíNo

X

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

- 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:



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ identificado(a) con CC 1047384514 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2024
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 02 días del mes de enero del año 2025.

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



**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:

JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.384.514**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

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.

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/01/2025
DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	891780008	Cédula Usuario:	CC 12599408
Nombre:	HOSPITAL SAN RAFAEL				
Dirección:	KR 5A CL 16				
Departamento:	MAGDALENA		Municipio:	FUNDACION	
Correo electrónico:	gerencia@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co				
Teléfono:	3022943568		Tarifa:	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 12599408	SERGIO ANTONIO ARAGON COTES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 169	23/01/2025	CC 1047384514	BARROS SANCHEZ JOSE	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

6475DD8A8A1BC4141922D713779A0B5E

Certificado impreso el día 1/22/2025 5:40:56 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros
 @PositivaCol
 PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MS_4_1_3_FR15_v_04



EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



JOSE CARLOS

BARROS SANCHEZ

1047384514

HOSPITAL SAN RAFAEL

891780008



**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 1047384514 **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 09/01/2025 07:14 AM



Código Verificación: **M2HWD1NKF8**

Válida hasta: **09/04/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese**

22/01/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOSE CARLOS BARROS SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047384514**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550116600155356
Fecha de apertura	15/07/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA