REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.801.828**
**BARROS ACUÑA**

APELLIDOS
**ROSA LICETH**

NOMBRES

ROSA BARROS ACUÑA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1989**

**FUNDACION**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**14-ENE-2008 FUNDACION**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2103100-00071861-F-1081801828-20080917 **00033**92750A 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 Acuña, 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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 9:04:17
ROSA LICETH BARRO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

## Escritorio

Última Actualización

**OPORTUNIDADES RECIENTES**

No se han encontrado

| 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|
| Suscripciones | En edición | Adjudicaciones pendientes | Invitaciones directas |

**ÚLTIMAS OFERTAS**

No se han encontrado

### 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, ENERO Del 2025

PROPUESTA DE SERVICIOS

DR.

**SERGIO ANTONIO ARAGON 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 | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 1 8 0 1 8 2 8 | |

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

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 | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1081801828 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | 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).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

## 4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 11 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE -OPS | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE -OPS | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE -OPS | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE -OPS | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>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*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE -OPS | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPDENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16A 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 05 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONSTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 Barrio San Bernardo | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 03 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 Barrio 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*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 | *Día* | 29 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* | 2024 | *Día* | 30 | *Mes* | 01 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONSTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 11 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPDENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 San Bernardo | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPDENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>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*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 09 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA Y FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA Y FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | *Día* | 15 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 | *Día* | 15 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>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*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>FUNDACIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4143110 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 02 | *Año* | 2023 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA INDEPEDIENTE | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - FACTURACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 5A 46 SAN BERNARDO | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Fundacion Magdalena

Rosa Barros Acuña

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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

# 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. 891001-63633 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. 26.940.850 DE VALLEDUPAR

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

Diploma No. _____

# 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 días 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
DIRECCIÓN

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 ello 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

www.svsoportevital.com

SV Soporte Vital

# 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 día 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

Rosa Barros A.

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE MEDICO: JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Resolución: 0629 DE 06/04/2017

RM 854 SSD

NOTA: Autorizo para que esta información sea diligenciada 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
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: 2025-01-21 12:26:23

**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 |
| 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 |

| No. CONTRATO | FECHA INICIO | FECHA FINAL | OBJETO CONTRACTUAL |
|---|---|---|---|
| CD20241032 | 2024-04-17 | 2024-04-30 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20241290 | 2024-05-06 | 2024-05-31 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20241567 | 2024-06-08 | 2024-06-30 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20241809 | 2024-07-13 | 2024-07-31 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20242057 | 2024-08-13 | 2024-08-31 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20242295 | 2024-09-09 | 2024-09-30 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20242549 | 2024-10-20 | 2024-10-31 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA |
| CD20242792 | 2024-11-21 | 2024-12-31 | 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 (21) del mes de Enero de 2025.

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: SAMIR YUBRAN GARCIA

zeus
tecnología

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,**

Lisbeth López R

***GERENTE***
***LOPEZ REBOLLEDO LISBETH***

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

**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*

Evaluación 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 | 2025-01-22 09:23 |
|---|---|---|---|

| 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 año gravable 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $1.800.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $1.800.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

**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 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.

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) ROSA LICETH BARROS ACUÑA identificado(a) con CC 1081801828 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 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

# SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 301930354

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

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

## I. TRÁMITE

| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|
| AFILIACION | ARL NO DEFINIDA | 19/12/2024 15:48:28 |

## II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

| TIPO DE DOCUMENTO | No | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
|---|---|---|---|---|
| NI | 891780008 | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL | CL 16 N 5 46 | 97102230 |

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

| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
|---|---|---|---|
| 1 | 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) | 3861001 | 3 |

| DIRECCIÓN | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|
| CL 16 N 5 46 | FUNDACION | Magdalena |

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

| TIPO DE IDENTIDAD | NÚMERO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| CC | 1081801822 | BARROS | ACUÑA |

| NOMBRE(S) | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN RESIDENCIA |
|---|---|---|
| ROSA LIZETH | 1/10/1989 | CALLE 3 DIAGONAL 5 32-56 |

| CIUDAD DE RESIDENCIA | TELÉFONO RESIDENCIA | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| FUNDACION | 4130043 | 3017620663 | BARROSROSA0610@GMAIL.COM | F |

| LOCALIDAD/COMUNA | ZONA |
|---|---|
| EL PROGRESO | Urbana |

| EPS | CÓDIGO | AFP | CÓDIGO |
|---|---|---|---|
| Nueva EPS | 37 | Porvenir | 3 |

| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN | FECHA INICIO COBERTURA | VALOR DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| Mes Anticipado | 20/12/2024 | 1800000 |

| TIPO DE CONTRATO | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE |
|---|---|---|---|
| CIVIL | 1/1/2024 | 31/1/2025 | NO |

| DEDUCCIONES | INGRESO MENSUAL | IBC | |
|---|---|---|---|

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 19/12/2024 15:48:28. 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.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 301930354

## HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

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

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

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

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

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

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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 19/12/2024 15:48:28. 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.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1800000 | 1300000 | |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD | JORNADA |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes. | NO DEFINIDO | Presencial | NO DEFINIDA |

| ACTIVIDAD A DESARROLLAR | CÓDIGO ACTIVIDAD | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |
|---|---|---|
| Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022) | 3861001 | 3 |

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 19/12/2024 15:48:28. 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.

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 Enero del año 2025 con destino a: Rosa Barros



_____

Firma Autorizada

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

# 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 26/12/2024 02:26 PM

Código Verificación: **5A19H7QWC2**

Válida hasta: **26/03/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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