EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CANTAGALLO
NIT 829.001.887-8 CP 1316000135

SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD
NIT. 829.001.887-8
Código prestador 1316000135

CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

La hoja de vida presentada por **CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA** identificado (a) con la cedula de ciudadanía No **19.516.713,** se observa que cuenta con los conocimientos intelectuales, experiencia y su perfil cumple con los requisitos de IDONEIDAD Y EXPERIENCIA, lo cual le permite ejecutar el objeto contractual con destreza, para celebrar un CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

1.VERIFICACIÓN JURÍDICA

DOCUMENTO JURÍDICO	REVISIÓN	
	CUMPLE	NO CUMPLE
PROPUESTA ECONÓMICA	x	
HOJA DE VIDA FUNCIÓN PUBLICA PERSONA JURÍDICA	x	
DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS	x	
HOJA DE VIDA (PERSONA NATURAL) REPRESENTANTE LEGAL.	x	
COPIA DE CEDULA DE CIUDADANÍA	x	
DIPLOMAS (DE BACHILLER, TECNICO, TECNÓLOGO, PROFESIONAL, ESPECIALISTA MAGISTER Ó DOCTORADO) Y ACTAS DE GRADO.	x	
SOPORTES DE EXPERIENCIA	x	
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO – RUT	x	
CERTIFICADO ANTECEDENTES FISCALES – CONTRALORÍA PERSONA NATURAL	x	
CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES – POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL	x	
CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES – POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL	x	
CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS – POLICÍA	x	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA PERSONA NATURAL.	x	
CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	x	
CUENTA BANCARIA	x	

2.ESTUDIOS REALIZADOS

PREGRADO	MEDICO Y CIRUJANO
INSTITUTO	UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
FECHA	**15 DE AGOSTO DE 1996**

POSTGRADO	Especialidad: Puericultura y Pediatría
INSTITUO	Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
FECHA	14 de junio de 2016
RESOLUCION DE CONVALIDACION	13722 8POR MEDIO LA CUAL SE RESUELVE UNA SOLICITUD DE CONVALIDACION
FECHA DE CONVALIDACION	**14 DE JULIO DE 2017**

3.EXPERIENCIA LABORAL

NO CONTRATO	ENTIDAD	OBJETO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	TIEMPO (EN DÍAS)
NOMBRAMIENTO	E.S.E HOSPITAL DE CHIBOLO	GERENTE DE LA ENTIDAD	24/04/2000	30/10/2003	1284
078-2017	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	25/02/2017	31/03/2017	34
093-2017	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	3/02/2017	31/03/2017	56
250-2017	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	3/04/2017	31/07/2017	119
254-2017	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/08/2017	31/08/2017	30
304-2017	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/09/2017	31/12/2017	121
068-2018	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	9/02/2018	31/07/2018	172
184-2018	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/08/2018	31/08/2018	30
200-2018	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/09/2018	30/09/2018	29
264-2018	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/10/2018	15/11/2018	45
345-2018	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	16/11/2018	31/12/2018	45
013-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/01/2019	30/04/2019	119
160-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/05/2019	31/05/2019	30
177-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/06/2019	31/07/2019	60
212-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/08/2019	31/08/2019	30
225-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/09/2019	30/09/2019	29
274-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/09/2019	30/09/2019	29
295-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/11/2019	30/11/2019	29
354-2019	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/12/2019	30/12/2019	29
076-2020	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	3/01/2020	27/02/2020	55

131-2020	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYENO VASQUEZ	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	3/03/2020	30/04/2020	58
sin numero	E.S.E HOSPITAL FAY LUIS DE LEON PLATO MAGDALENA	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/10/2020	30/10/2020	29
sin numero	E.S.E HOSPITAL FAY LUIS DE LEON PLATO MAGDALENA	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1/01/2021	30/04/2021	119
CD20241082	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTA SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA	19/04/2024	30/04/2024	11
CD20241132	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTA SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA	3/05/2024	31/05/2024	28
CD20241373	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTA SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA	11/06/2024	30/06/2024	19
TOTAL DE EXPERIENCIA HOJA DE VIDA EN DÍAS					2.639
TOTAL DE EXPERIENCIA HOJA DE VIDA MESES					88
TOTAL DE EXPERIENCIA HOJA DE VIDA EN AÑOS					7,3

Revisada la hoja de vida, los soportes académicos y la experiencia acreditada por el señor CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.516.713, se evidencia que cuenta con formación profesional como Médico y Cirujano, título otorgado por la Universidad Libre de Colombia el 15 de agosto de 1996. Así mismo, acredita título de Especialista en Puericultura y Pediatría, otorgado por la Universidad del Zulia (Maracaibo, Venezuela) el 14 de junio de 2016, con convalidación del Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución No. 13722 del 14 de julio de 2017, cumpliendo con la formación académica requerida para el perfil.

De acuerdo con la revisión de los certificados aportados, el aspirante acredita un total de 2.639 días de experiencia, equivalentes aproximadamente a 88 meses o 7,3 años, desempeñándose como Médico Especialista en Pediatría en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, desarrollando actividades asistenciales relacionadas con la atención integral de la población pediátrica, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de pacientes, experiencia que guarda relación directa con las funciones requeridas para la ejecución de los Equipos Básicos de Salud Especializados.

En consecuencia, se concluye que el señor CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.516.713, cumple con los requisitos de formación académica, idoneidad y experiencia profesional exigidos para la ejecución de los Equipos Básicos de Salud Especializados, en el marco de la Resolución 00800 del 27 de abril de 2026, acreditando experiencia suficiente, pertinente y relacionada para el desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios.

Para constancia se firma en Cantagallo (Bolívar), a los **30 DE JUNIO DE 2026**

EL CONTRATANTE,

LEDYS RODRIGUEZ GUERRERO

GERENTE ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CANTAGALLO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BARRIOS	SIERRA	CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 19516713

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 19516713 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 21 MES 10 AÑO 1972

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: CHIVOLO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14 29 47 casa 23 Bavaria

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: lasaluddelosni2016@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	11	AÑO	1989
										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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	0	X		PUERICULTURA Y PEDIATRIA	06	2016	19516713
PREGRADO	10	X			08	1996	1219/98

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* SIMITÍ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* Simiti/bolivar					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* plato					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	11	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Plato/Magdalena					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIA					*DIRECCIÓN* Plato/magdalena					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MD PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* plato magdalena					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 54852033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	08	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MD PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 null null carrera 10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* SIMITÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Simiti/Bolivar					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Plato					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Plato					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Plato					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* plato					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTANDER HERRERA - PIVIJAY			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PIVIJAY					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Pivijay-Magdalena					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de alta complejidad del magdalena centro			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* LA DORADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREAS ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4211124	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	06	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* FUNDACIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4140124	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 16 5A 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	10	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	10	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null Esquina					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106542957	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA 14 11 null esquina						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	02	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* VIA 14 CARRETERA LOS CONTENDORES						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SANIDAD MILITAR BATALLON DE INFANTERIA NO 5 GR JOSEMARIA CORDOVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 33 CARRERA 4 VIA AL RODADERO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851016	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedor					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedor					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedor					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedor					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* carrera 11 esquina					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* via 14 carrera 11 esquina					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedor					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	10	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* VIA 14 CARRERA 11 ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4852033	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14N ° 10 -15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* via 14 carrera 11 esquina, plato						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PUERTO BOYACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7386533	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 5N 26 02						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ -PUERTO BOYACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PUERTO BOYACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7386119	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PEDIATRA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* CRA 5 26-02						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PUERTO BOYACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	25	*Mes:*	01	*Año:*	2017	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN*						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PUERTO BOYACÁ					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	25	*Mes:*	01	*Año:*	2017	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE						
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA		
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PUERTO BOYACÁ			*CORREO ELECTRÓNICO*		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*		
	Día: 25	*Mes:* 01	*Año:* 2017	*Día:*	*Mes:*	*Año:*
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO			*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	6	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	5
EXPERIENCIA DOCENTE	9	4

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-02-18 14:31

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	DANILO	BARRIOS	SIERRA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	19516713

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CHIVOLO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CHIVOLO

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 ANTONIO DE PADUA SIMITI

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOLIVAR	Municipio	SIMITI

Dirección	CLL 25 211
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
TOTAL	$104.000.000,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.516.713**

BARRIOS SIERRA

APELLIDOS

CARLOS DANILO

NOMBRES

Carlos Barrios Sierra

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1972**

CHIVOLO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

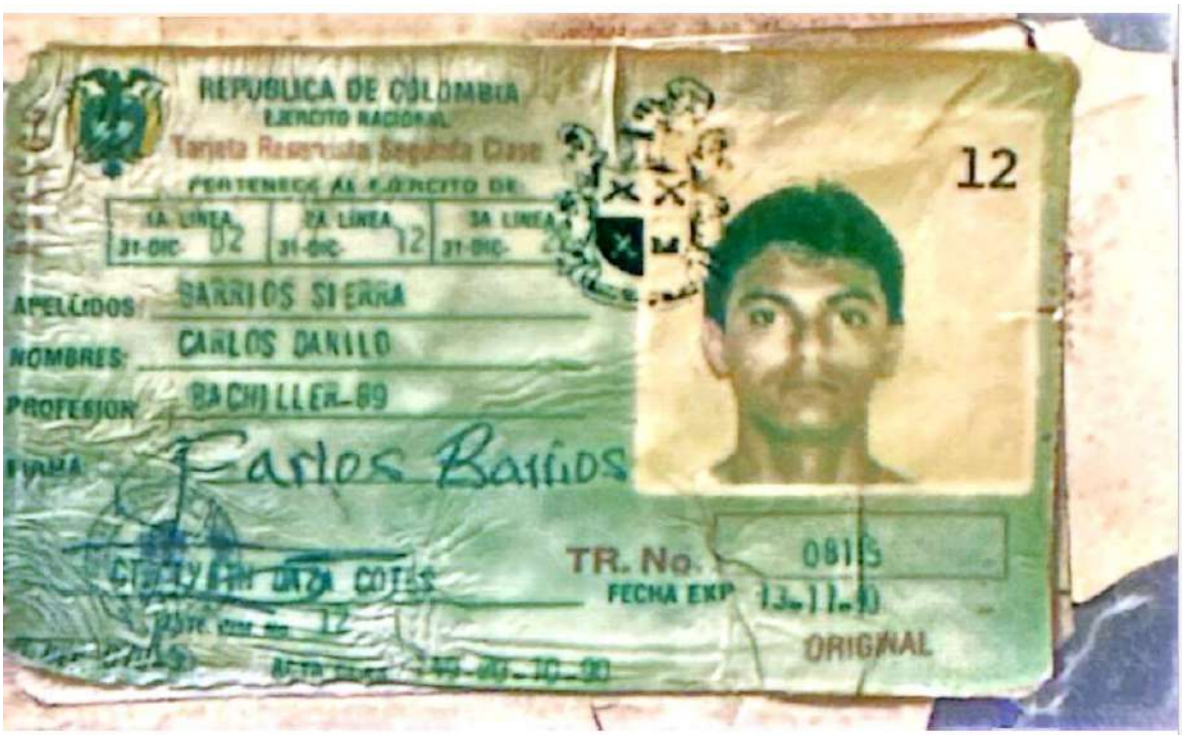
1.79	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-FEB-1991 CHIVOLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2101500-00570637-M-0019516713-20140508 **0038**381157A 1 42201455



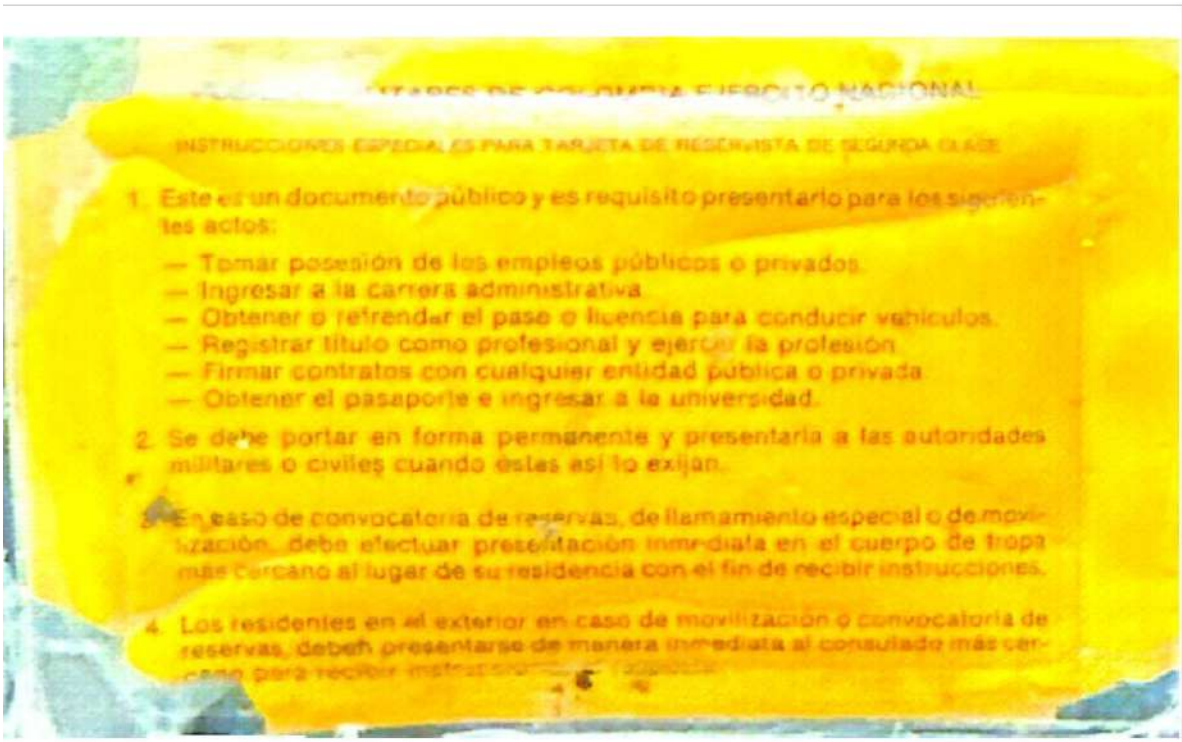
REPUBLICA DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
Tarjeta Reservista Segunda Clase
PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A LINEA	2A LINEA	3A LINEA
31-DIC 02	31-DIC 12	31-DIC

12

APELLIDOS: BARRIOS SIERRA
NOMBRES: CARLOS DANILO
PROFESION: BACHILLER-89
FIRMA: Carlos Barrios

TR. No. 0815
FECHA EXP 13-11-91
ORIGINAL



INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA TARJETA DE RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos.
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión.
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada.
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad.
2. Se debe portar en forma permanente y presentarla a las autoridades militares o civiles cuando estas así lo exijan.
3. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.
4. Los residentes en el exterior en caso de movilización o convocatoria de reservas, deberán presentarse de manera inmediata al consulado más cercano para recibir instrucciones.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA

C.C o C.E 19516713

Profesión u Ocupación
MEDICO Y CIRUJANO

Especialidad
PEDIATRIA

Institución de Educación
U. LIBRE

Ciudad **BARRANQUILLA**

Fecha de expedición diploma **15/08/1996**

Fecha de inscripción RETHUS **12/05/1998**



19516713

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201
info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideqs.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Universidad Libre de Colombia

Seccional del Atlántico

En atención a que

Carlos Danilo Barrios Sierra

C.C. No. 19.516.713 de Chivolo (Magd.)

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos establecidos por la Universidad y las disposiciones legales

En la Facultad de Medicina

Se otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

El Título de:

Médico y Cirujano

En fé de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector de la Universidad, el Secretario General, el Decano de la Facultad, el Secretario Académico y el Jefe de Educación Médica

a los 15 días del mes de Agosto de 19 76

El Rector

El Secretario General

El Decano

El Jefe de Educación Médica

El Secretario Académico

Registrado al folio No. 2

del libro de Diplomas No. 21

de la Universidad Libre

Secretaría de Educación

Barranquilla 26 AGOSTO 76

Registrado bajo el No. 231

del libro No. 12

Folio No. 81

Secretario de Educación

CERTIFICA

Que esta correspondencia entre esta fotocopia y el documento que he tenido a la vista

Chivolo 23 MAY 2012

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3673800
Fax: 3598987

FOLIO Nº 21
ACTA Nº 2.540

Miembros de la Asociación Colombiana de Universidades

Aprobado según Resolución Nº 2519 de diciembre 16 de 19 83
Emanada del Instituto Colombiano para el fomente de la Educación Superior (ICFES).

ACTA DE GRADO

Promoción 1996

Graduación, 15 de agosto de 19 96
Ceremonia
En la ciudadanía de Barranquilla a los 15 días del mes agosto de 19 96 se instalo en el Aula Máxima de la Universidad Libre el honorable consejo Académico de la Facultad y considerando que el alumno:

BARRIOS SIERRA CARLOS DANILO C.C Nº 19.516.713 de Chivolo (Magd.) lleno previamente todos los requisitos que las normas legales y los reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el titulo de MEDICO CIRUJANO según las disposiciones vigentes, habiendo obtenido un promedio de calificaciones de:

CUATRO.UNO.TRES (4.13)

A continuación el señor Decano en nombre de la Republica de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el Juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuso, se firma la presente Acta por los que en ella han intervenido,

Decano (Fdo)
Secretaria Académica (Fdo)
Es fiel copia de su origen

DECANO
ROMUALDO FONSECA ARRIETA

SECRETARIA
OFELIA CECILIA ARCINIEGAS A.

UNIVERSIDAD SIMON BOLÍVAR. INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA, AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN No.5424 DE 23 DE NOVIEMBRE DE 2005, EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No.035

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los 24 días del mes de JULIO del año Dos Mil Tres, en la Casa de la Cultura de América Latina de esta Corporación, se reunieron la Sala General y el Consejo de Gobierno, con el fin de presidir la ceremonia de Graduación. El señor Rector (e) de la Corporación Doctor EUGENIO BOLIVAR ROMERO, procedió a tomarle el juramento de rigor al doctor

CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA

Identificado con la C.C.No.19.516.713 expedida en Chivolo (Magdalena), y a hacerle entrega del Diploma que lo acredita como:

ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

Acuerdo No.019 de Julio 14 de 1998

En constancia se extiende y se firma esta Acta. FDO. EUGENIO BOLIVAR ROMERO, Rector (E). FDO. .RAFAEL BOLAÑO MOVILLA, Secretario General. FDO. MOYRA STRIDENGER, Director Especialización en Auditoria en Salud.

Es fiel copia de su original.

RODOLFO PEREZ VASQUEZ
Secretario General

Barranquilla, 20 de enero de 2012

República Bolivariana de Venezuela

Universidad del Zulia

Dr. Jorge Palencia Piña

Rector (a)

Hago saber

Que el Cddno. Med. y Ciruj. **Carlos Danilo Barrios Sierra** natural del Dpto. del Magdalena, Colombia, y de cuarenta y tres años de edad, titular de la C.I. P:19516713, ha cumplido con todos los requisitos legales y reglamentarios para obtener el Título de

Especialista en Puericultura y Pediatría

Por lo cual, en nombre de la República y por autoridad de la ley, se le confiere.

Tómese razón de este Diploma en la Secretaría de esta Universidad. En Maracaibo a los catorce días del mes de Junio de dos mil dieciseis.

Rector (a) Años 206° y 157

Decano (a) Secretario (a)

Dr. Sergio Aquiles Osorio Morales Dra. Marlene C. Primera Galué

Inscrito al folio 5023 al 5033 del libro respectivo correspondiéndole el N° 29

Secretario (a)

Oficina Principal del Registro Edo. Zulia

Hcbo, 20 de Julio de 2016 años: 206 y 157.

El presente Título quedó registrado bajo el N° 75 del Protocolo Principal y duplicado que se lleva en esta oficina durante el — trimestre del corriente año. En el Libro Especial se inutilizaron timbres por valor de Bs.: — Tomo: 183 Folio: 149-150

L.U.Z.
Secretaría Dirección Docente
Departamento de Grado
1. 2. 3.

MINEDUCACIÓN

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bogotá, D.C.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL 17/07/2017
RADICADO: 2017-EE-118280 Fol: 1 Anex: 0
Destino: CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA
Asunto: NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA RESOLUCIÓN

Señor (a)
CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA
E-mail: Carbasi4@gmail.com

Asunto: **Notificación electrónica de la resolución n°. 13722 de 14 de JULIO de 2017**

Cordial Saludo,

Dando cumplimiento a la autorización de notificación electrónica que Usted firmó al momento de radicar su solicitud de convalidación, atentamente le notifico electrónicamente el contenido de la resolución n°. 13722 de 14 de JULIO de 2017, para lo cual, le remito copia en archivo adjunto de la resolución antes mencionada, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, que establece:

"*Artículo 56. Notificación electrónica. Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación.*

Sin embargo, durante el desarrollo de la actuación el interesado podrá solicitar a la autoridad que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos, sino de conformidad con los otros medios previstos en el Capítulo Quinto del presente Título.

La notificación quedará surtida a partir de la fecha y hora en que el administrado acceda al acto administrativo, fecha y hora que deberá certificar a la administración", por lo cual, esta notificación tiene plena validez.

Contra este acto proceden los recursos de reposición y/o apelación, los cuales deberán interponerse por escrito ante el funcionario que dictó la decisión (Subdirectora de Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior), en la diligencia de notificación personal, o dentro de los diez (10) días siguientes a ella (término común para los dos recursos), o a la notificación por aviso, o al vencimiento del término de publicación, según el caso.

El recurso de apelación podrá interponerse directamente, o como subsidiario del de reposición y cuando proceda será obligatorio para acceder a la jurisdicción (Artículo 76 Ley 1437 de 2011).

IMPORTANTE: No debe desplazarse hasta nuestra entidad. Es suficiente esta notificación electrónica.

Atentamente,

DORA INÉS OJEDA RONCANCIO
Asesora Secretaria General
Unidad de Atención al Ciudadano

Revisó: Ojeda
Preparó: Ybeltran

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No. 13722

14 JUL 2017

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 6175 del 31 de marzo de 2017

CONSIDERANDO:

Que CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.516.713, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA, otorgado el 14 de junio de 2016, por la UNIVERSIDAD DEL ZULIA, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. CNV-2016-0013097.

Que el convalidante adjunta copia del título de MÉDICO Y CIRUJANO, otorgado el 15 de agosto de 1996, por la UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 5° de la Resolución 06950 del 15 de mayo de 2015, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: *"todos estos deberán someterse a evaluación académica por parte de la Sala del Área de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, sin perjuicio de que el Ministerio pueda solicitar un concepto adicional a las asociaciones, órganos y pares evaluadores cuando así se requiera..."*.

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA, otorgado el 14 de junio de 2016, por la UNIVERSIDAD DEL ZULIA, VENEZUELA, a CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.516.713, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

13722

Continuación de la Resolución por la cual se resuelve la solicitud de convalidación de CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA

ARTÍCULO SEGUNDO.-La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden el recurso de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C. 14 JUL 2017

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

NANCY CONSUELO CAÑON SUAVITA

Proyectó: CALOZANO 14 de Julio de 2017
Revisó: GCORTES - Coordinadora del Grupo de Convalidaciones

Soporte Vital

CERTIFICA

la asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

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 ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 01 de octubre de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene una Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Código de Verificación: **VS04787**

Ariel R Araque Ch
REPRESENTANTE LEGAL
GERENTE COMERCIAL

Dra. Daniela Marcela Vecino Diaz
COORDINADOR CIENTIFICO
INS .MANEJO DEL DOLOR

Para la verificación de la autenticidad de los certificados se puede comunicar a los siguiente correos Comercial@svsoportevital.com ó al celular 3117150147

www.svsoportevital.com

Soporte Vital

CERTIFICA

la asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Reanimación Cardio Pulmonar Pediátrica (PALS)

Según lo establecido por la Asociación Americana del Corazón

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 la Ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 01 de octubre de 2024 con una intensidad de 40 horas. Este Certificado tiene Validez de 2 años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **PL08032**

Ariel R Araque Ch
REPRESENTANTE LEGAL
GERENTE COMERCIAL

Dra. Daniela Marcela Vecino Diaz
COORDINADOR CIENTIFICO
INS .MANEJO DEL DOLOR

Para la verificación de la autenticidad de los certificados se puede comunicar a los siguiente correos Comercial@svsoportevital.com ó al celular 3117150147

www.svsoportevital.com

Soporte Vital

C E R T I F I CA

La asistencia De:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos

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 Santa Marta (Magdalena), el día 25 del mes de mayo de 2024 con una intensidad de 60 horas

Código de Verificación: **CP01792**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

Soporte Vital

C E R T I F I CA

La asistencia De:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Cuidados del Donante

Según lo establecido por el Instituto Nacional de 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 Santa Marta (Magdalena), el día 17 del mes de mayo de 2024 con una intensidad de 40 horas.

Código de Verificación: **CD06721**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

C E R T I F I CA

La asistencia De:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Gestión del Duelo

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 Santa Marta (Magdalena), el día 14 del mes de mayo de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **GD02718**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

Soporte Vital

C E R T I F I C A

La asistencia De:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Atención Integral a Víctimas de Ataque Con Agentes Químicos

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 Santa Marta (Magdalena), el día 20 del mes de mayo de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene validez de 2 años a partir de la fecha de expedición.

Código de Verificación: **AQ05428**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

Soporte Vital

C E R T I F I C A

La asistencia De:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

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 Santa Marta (Magdalena), el día 12 del mes de mayo de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **HM03062**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos Minsalud

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Carlos Danilo Barrios Sierra

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: 95.00 %

15 de julio de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=64b2f141-ea68-4890-a502-2061ac111c2e

Soporte Vital

CERTIFICA

la asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el Curso de:

Reanimación Cardio Pulmonar Neonatal (NALS)

Según lo establecido por la Asociación Americana del Corazón

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 la Ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 03 de octubre de 2024 con una intensidad de 40 horas. Este Certificado tiene Validez de 2 años a partir de la fecha de su expedición.

Código de Verificación: **NL08033**

Ariel R Araque Ch
REPRESENTANTE LEGAL
GERENTE COMERCIAL

Dra. Daniela Marcela Vecino Diaz
COORDINADOR CIENTIFICO
INS .MANEJO DEL DOLOR

Para la verificación de la autenticidad de los certificados se puede comunicar a los siguiente correos Comercial@svsoportevital.com ó al celular 3117150147

www.svsoportevital.com

Gobernación del
MAGDALENA

FUNDACIÓN MULTIACTIVA
AHINCO ONG
NIT. 802.015.768-2
"Trabajamos por el desarrollo social y humano"

HACE CONSTAR QUE

CARLOS BARRIOS SIERRA

CC: 19516713

Desarrollo de capacidades lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad Resolución Nº 2350 de 2020 "Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones."

Realizado en la Ciudad de Santa Marta, durante los dias 17, y 18 de Diciembre de 2024, con una intensidad de 16 horas.

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
Secretaria de Salud Departamental

ABDULRAHAN MUSTAFA DASUKI DASUKI
Ponente

Scanned with CamScanner

CERTIFICA

La asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el curso de:

Seguridad del Paciente

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 la ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 03 de diciembre de 2025, con una intensidad horaria de 60 horas.

Código de Verificación: **SP07323**

Ariel Rodrigo Araque Chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela Marcela Vecino Diaz
Coordinador Científico

CERTIFICA

La asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el curso de:

Atención Integral al Paciente Hospitalizado

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 la ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 01 de diciembre de 2025, con una intensidad horaria de 0 horas.

Código de Verificación: **PH02090**

Ariel Rodrigo Araque Chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela Marcela Vecino Diaz
Coordinador Científico

CERTIFICA

La asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión:

Médico Pediatra

En el curso de:

Enfermedades Desatendidas, Huérfanas y Tropicales

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 la ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 25 de noviembre de 2025, con una intensidad horaria de 40 horas.

Código de Verificación: **ED07391**

Ariel Rodrigo Araque Chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela Marcela Vecino Diaz
Coordinador Científico

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC 19516713 de Chibolo, Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-22
Fecha de vencimiento: 2027-07-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICA

La asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión

Médico Pediatra

En el Curso de:

Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente

Según lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 29 mayo de 2026 con una intensidad horaria de 40 horas.

Código de Verificación: **SVB-SP1880**

JUAN DIEGO ARAQUE DÍAZ
Gerente general

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

CERTIFICA

La asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión

Médico Pediatra

En el Curso de

Higiene de Manos y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

Según lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.
Realizado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 31 de mayo de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas.

Código de Verificación: **CSVB -IA3332**

DRA DANIELA VECINO DIAZ
Coordinador Científico

ARIEL R ARAQUE CH
Gerente Comercial

CERTIFICA

La asistencia de:

Carlos Danilo Barrios Sierra

CC No 19.516.713

Profesión

Médico Pediatra

En el Curso de

I.A.M.I

Instituciones Amigas de la Mujer y La Infancia

Se certifica que el titular ha acreditado de manera satisfactoria el cumplimiento integral de los requisitos académicos, técnicos, legales y reglamentarios, correspondientes al curso impartido por Soporte Vital Barranquilla S.A.S., identificada con NIT 901370843-7 y matrícula mercantil No. 757302.

El programa fue desarrollado en el marco de la educación para el trabajo y el desarrollo humano, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, en concordancia con el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación (DURSE) y el Acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social, así como demás disposiciones legales vigentes aplicables. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), el día 26 mayo de 2026 con una intensidad horaria de 120 horas.

Código de Verificación: **SVB-IA8812**

JUAN DIEGO ARAQUE DIAZ
Gerente General

ARIEL ARAQUE CHAPARRO
Gerente Comercial

Para la verificación de la legalidad de este documento contáctenos a: soportevitalbaq@gmail.com Tel: 3054267989 - 3117150147
www.svsoportevital.co

ReTHUS

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

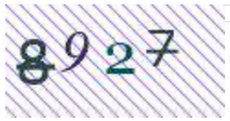
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 19516713

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4921

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-06-30→10:52:47 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	19516713	CARLOS	DANILO	BARRIOS	SIERRA	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) CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA identificado(a) con CC 19516713 registra La siguiente información:

2026-06-30→10:52:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Pediatría	2017-07-13	28172	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	1998-05-12	1219	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	1996-09-10	1998-04-03	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

Trabajamos Salud con Calidad

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
E. S. E. HOSPITAL DE CHIBOLO
NIT 819.001.269-1

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE CHIBOLO

HACE CONSTAR

Que el Doctor. CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.516.713 expedida en Chibolo-Magdalena, se desempeñó como Gerente de la entidad Hospitalaria mediante Decreto N° 0242 de Fecha 24 de Abril de 2000 hasta el día 30 de octubre de 2003.

Para mayor constancia se expide la presente constancia a solicitud del interesado, en el municipio de Chibolo Magdalena, a los Dieciocho (18) día del mes de Noviembre de 2019.

Atentamente,

KARENLOBO JARABA
Profesional Universitario

Dirección: Avenida Comunitaria Vía la Estrella. Teléfono 4854103-3215723275
Correo electrónico: eselocaldechibolo@yahoo.com

Scanned with CamScanner

Consecutivo No 048-2020

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ DE PUERTO BOYACA

CERTIFICA:

Que CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA identificado con cedula de ciudadania Nº 19.516.713, presta sus servicios profesionales como PEDIATRA en la E.S.E Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá, de la siguiente manera:

Nº OPS	VIGENCIA	OBJETO DE LA OPS	VALOR OPS
OPS Nº 078 de 2017	Del 25/01/2017 al 31/01/2017	PEDIATRIA	6.489.000
OPS Nº 093 de 2017	Del 01/02/2017 al 31/03/2017	PEDIATRIA	54.693.000
OPS Nº 150 de 2017	Del 01/04/2017 al 31/07/2017	PEDIATRIA	112.167.000
OPS Nº 254 de 2017	Del 01/08/2017 al 31/08/2017	PEDIATRIA	28.737.000
OPS Nº 304 de 2017	Del 01/09/2017 al 31/12/2017	PEDIATRIA	110.313.000
OPS Nº 061 de 2018	Del 09/01/2018 al 31/07/2018	PEDIATRIA	202.000.000
OPS Nº 184 de 2018	Del 01/08/2018 al 31/08/2018	PEDIATRIA	31.000.000
OPS Nº 200 de 2018	Del 01/09/2018 al 30/09/2018	PEDIATRIA	30.000.000
OPS Nº 264 de 2018	Del 01/10/2018 al 15/11/2018	PEDIATRIA	46.000.000
OPS Nº 345 de 2018	Del 16/11/2018 al 31/12/2018	PEDIATRIA	46.000.000
OPS Nº 013 de 2019	Del 01/01/2019 al 30/04/2019	PEDIATRIA	117.000.000
OPS Nº 160 de 2019	Del 01/05/2019 al 31/05/2019	PEDIATRIA	31.000.000
OPS Nº 177 de 2019	Del 01/06/2019 al 31/07/2019	PEDIATRIA	58.500.000
OPS Nº 212 de 2019	Del 01/08/2019 al 31/08/2019	PEDIATRIA	31.000.000
OPS Nº 225 de 2019	Del 01/09/2019 al 30/09/2019	PEDIATRIA	30.000.000
OPS Nº 274 de 2019	Del 01/10/2019 al 31/10/2019	PEDIATRIA	31.000.000
OPS Nº 295 de 2019	Del 01/11/2019 al 30/11/2019	PEDIATRIA	30.000.000
OPS Nº 354 de 2019	Del 01/12/2019 al 31/12/2019	PEDIATRIA	31.000.000
OPS Nº 076 de 2020	Del 01/01/2020 al 17/02/2020	PEDIATRIA	48.000.000
OPS Nº 131 de 2020	Del 01/03/2020 al 30/04/2020	PEDIATRIA	30.000.000

Igualmente se certifica que, por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales en ejercicio de sus actividades de apoyo, no existe vinculación laboral con esta Entidad.

Para constancia se firma en puerto Boyacá, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2020, a solicitud del interesado.

LUZ ELENA GOMEZ VERA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

Proyectó: Kelly Sánchez
Área de Contratación

Revisó: Héctor Narváez
Área de Presupuesto

EL SUSCRITO GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA

CERTIFICA:

Que: CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19516713. Realiza actividades de MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA *en la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA*, modalidad Contrato de Prestación de Servicios.

Contrato de prestación de Servicio Año 2020.
01 al 10 de Octubre
01 al 10 de Noviembre
01al 10 de Diciembre

Contrato de prestación de Servicio Año 2021.
01 al 10 de Enero
01 al 10 de Febrero
01 al 10 de Marzo
01 al 10 de Abril
01 al 10 de Mayo
01 al 10 de Junio
01 al 10 de Julio
01 al 10 de Agosto
01 al 10 de Septiembre
01 al 10 de Octubre
01 al 10 de Noviembre
01 al 10 de Diciembre

Honorarios cancelados mensuales Vigencia 2021 por valor de **($ 8.413.350)** *Ocho Millones Cuatrocientos Trece Mil Trescientos Cincuenta Pesos.*

Se expide esta Certificación a solicitud del interesado para trámite Escolar

Para constancia se firma en Plato, a los Trece (13) día del mes de Diciembre 2021.

JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA
Gerente

Elaborado por: Asistente Talento Humano Revisado por: Jurídico	Aprobado por: Gerente

Hospital de Alta Complejidad
del Magdalena Centro

LA SUSCRITA GERENTE DEL

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL MAGDALENA CENTRO

NIT. 901.532.463-8

C E R T I F I C A Q U E:

El señor **CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA,** identificado con cedula 19.516.713 expedida en Chivolo Magdalena, labora en esta empresa desde el 01 de octubre de 2023, cumpliendo con las obligaciones asignadas en la **ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA,** devengando honorarios profesionales promedio de **QUINCE MILLONES DE PESOS MCTE ($15.000.000)** con un contrato por OPS a término fijo.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado. Dado en La Dorada, a los veintitrés (23) días del mes de enero de 2024.

NATALIA ANDREA GARCÍA CUMBE
GERENTE

Powered by CamScanner

Para verificación cite los siguientes datos
Certificado No.: CL2024HSR00755
Fecha: 2024-07-24 21:09:57

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 el señor **CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA** identificado con la Cedula de Ciudadanía No. **19516713**, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios con esta entidad:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
CD20241082	2024-04-19	2024-04-30	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA110
CD20241132	2024-05-03	2024-05-31	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA126
CD20241373	2024-06-11	2024-06-30	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA EN LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALEN142

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Fundación - Magdalena el día (24) del mes de Julio de 2024.

Atentamente,

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

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

Elaboró:

- Contrato de prestación de servicios N° 957.
  Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA DE LA E.S.E.
  Fecha de inicio: 11 de abril de 2024.
  Fecha de terminación: 30 de abril de 2024.
  Estado: ejecutado.

- Contrato de prestación de servicios N° 987.
  Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA DE LA E.S.E.
  Fecha de inicio: 02 de mayo de 2024.
  Fecha de terminación: 31 de mayo de 2024.
  Estado: ejecutado.

- Contrato de prestación de servicios N° 1392.
  Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA DE LA E.S.E.
  Fecha de inicio: 04 de junio de 2024.
  Fecha de terminación: 31 de julio de 2024.
  Estado: ejecutado.

- contrato de prestación de servicios N° 1868.
  Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA DE LA E.S.E.
  Fecha de inicio: 01 de agosto de 2024.
  Fecha de terminación: 15 de agosto de 2024.
  Estado: ejecutado.

- Contrato de prestación de servicios N° 2200.
  Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA DE LA E.S.E.
  Fecha de inicio: 02 de septiembre de 2024.
  Fecha de terminación: 31 de octubre de 2024.
  Estado: ejecutado.

2025

- Contrato de prestación de servicios N° 284.
  Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTANDER HERRERA DE PIVIJAY PARA GARANTIZAR ATENCIONES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES.
  Fecha de inicio: 11 de enero de 2025.
  Fecha de terminación: 20 de enero de 2025.
  Estado: ejecutado.

Scanned with CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297576574

PIB
10:33:03

Bogotá DC, 08 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19516713:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14895953827

(415)7707212489984(8020) 000001489595382 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 5 1 6 7 1 3	8	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 9 5 1 6 7 1 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Chibolo 1 7 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRIOS	SIERRA	CARLOS	DANILO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Chibolo 1 7 0

41. Dirección principal: CR 14 29 47

42. Correo electrónico: vyqsas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 6 5 4 2 9 5 7	

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 6 2 1	2 0 1 7 0 1 2 4				1 3 1 4	

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	5	5 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

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 BARRIOS SIERRA CARLOS DANILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

..

DR. CARLOS CAMPO RÍOS
C.C: 72.142.801
CONSULTORIO :CALLE 22 No 14-70 -SANTA MARTA. Teléfono: 4212599
Email: carloscamporios@gmail.com wasapp : 3106322318

Certificado médico de ingreso - ocupacional .

Fecha: 2026 – 10 - 02

Certificado número : A-120825-5

INFORMACION GENERAL

EMPRESA: HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI
CARGO: MEDICO PEDIATRA
NOMBRE: CARLOS BARRIOS SIERRA
SEXO: MASCULINO .
CEDULA : 19516713
EDAD: 52 AÑOS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR + VISIOMETRIA + AUDIOMETRIA .

REVISION DE EXAMENES : NORMALES CLINICAMENTE

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

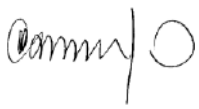
SANO CLINICAMENTE OSTEOMUSCULARMENTE + APTO PARA LABORAR .

CONCEPTO ESPECIFICO SEGÚN ESTANDAR DE RIESGO
OSTEOMUSCULAR EXAMEN OCUPACIONAL APTO PARA LABORAR

MANEJO POR EPS/ARL
No aplica .

OCUPACIONALES : no aplica .

HABITOS Y ESTILO DE VIDA
Practicar actividad deportiva tres veces a la semana .
INCLUIR EN SVE
No aplica .



CARLOS ALBERTO CAMPO RÍOS
Médico de Salud Ocupacional
Licencia de Salud Ocupacional No: 2086 Expedida en Santa Marta, 17 agosto 2021.

CONSIDERACONES LEGAÑES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: las Resoluciones 2346 del 11 de Julio de 2007 y 1918 de Junio 05 de 2009 del Ministerio de Protección Social (actualmente Ministerio de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones medicas ocupacionales establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 05 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297576574

PIB
10:33:03

Bogotá DC, 08 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19516713:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 08 de junio de 2026, a las 10:33:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	19516713
Código de Verificación	19516713260608103355

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:35:06 AM horas del 08/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **19516713**
Apellidos y Nombres: **BARRIOS SIERRA CARLOS DANILO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/06/2026 10:36:22 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **19516713** y Nombre: **CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **141661033** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:39:54 horas del 08/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **19516713,** Apellidos y Nombres **BARRIOS SIERRA CARLOS DANILO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA**, con NIT **900196366-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 19516713 CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**01/06/2020**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 8 de Junio de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Nueva EPS S.A.



Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7-8-2025	Y3D191V	IPseth Orozco
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	08-08-25	6333L037	SVIC C
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras:				

Scanned with CamScanner

INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1° de enero de 2001 se escribe como 1° enero 2001.
2. Si la vacunación esta contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes Internacional y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. *The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year - the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.*
2. *If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.*
3. *Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.*
4. *The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.*

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. *La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année – le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.*
2. *Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.*
3. *Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.*
4. *Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.*

Certificado Internacional deVacunación o de Profilaxis

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Expedido a · *Issued to· Délivré à*

Carlos Danilo Barrios Sierra

Número del pasaporte o del documento de Identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

19516713

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:

Carlos Danilo Barrios Sierra

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento | **Sexo** | **Nacionalidad**

21-10-1992 | Masculino | Colombiano

date of birth/ né(e) le | *Sex/ de sexe* | *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación

19516713

national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

Carlos Danilo Barrios Sierra

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations

Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / *Vaccine or prophylaxis* / *Vaccin ou agent prophylactique*	Fecha / *Date* / *Date*	Firma y título del profesional que supervisa la administración / *Signature and professional status of supervising clinician* / *Signature et titre du clinicien responsable*	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / *Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* / *Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot*	Certificado válido / *Certificate valid* / *Certificat valuable*	
				Desde / *From* / *à partir du :*	**Hasta** / *Until* / *jusqu'au :*
Antiamarílica	9 Agosto 2025	Luis Andr. de C. Enfermero C.C. 19... Mat. Prof. 19... Mpio. Medellín	Sanofi Pasteur Y3D191V	9-Agosto 2025	

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.516.713**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 22 de abril de 1999.

La presente certificación se expide el 8 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

PÓLIZA Nº 1014609

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
17	3	2026	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	21605047-CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA	**CC**	19.516.713
DIRECCIÓN	CALLE7 N° 10-02, CHIVOLO, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3106542957
ASEGURADO	21605047-CARLOS DANILO BARRIOS SIERRA	**CC**	19.516.713
DIRECCIÓN	CALLE7 N° 10-02, CHIVOLO, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3106542957

		CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
EMITIDO EN	BARRANQUILLA														
MONEDA	Pesos														
TIPO CAMBIO	1.00	3502	35	17	3	2026	17	3	2026	00:00	17	3	2027	00:00	365

CARGAR A: BARRIOS SIERRA CARLOS DANILO	FORMA DE PAGO: 4. 30 DIAS	VALOR ASEGURADO TOTAL: $ 900,000,000.00

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	900,000,000.00	SI	430,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	90,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	45,000,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	900,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	900,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	180,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	90,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:
Texto Continua en Hojas de Anexos...

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******430,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******81,700.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****511,700.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

17/03/2026 12:38:43

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
3982	3	CONECCION LIMITADA ASE		

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014609 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	**0**

CATEGORIA CLASE DOS (2) - CIRUGIA MENOR

ESPECIALIDAD PEDIATRICA

VIGENCIA DEL SEGURO
Doce meses

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES

Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP-004VERSIÓN09-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado “por reclamación”, con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD

Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO $ 900.000.000 por evento y por vigencia Según solicitud del cliente, combinado para todos los amparos.
* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.2 Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014609 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.3. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; Sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.4. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; Sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.5. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10 respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.6. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, Sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.7. Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 23. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; Sublimitado a 5 % respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20 % respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10 % respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014609 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / VIH y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales
6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
7. Daños genéticos a personas o animales.
8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.

2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

3. CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.

REEMPLAZA LA POLIZA 1013534, POR AUMENTO DE VALOR ASEGURADO.
****