# LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO
# PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC16F
VERSION: 05
FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Danna Ramirez Toro identificado con Cédula No. 1082929272 y Profesión Nov. Enfermera, **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** Danna Ramirez Toro

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | X | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | X | |
| 3 | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión) | X | |
| 4 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php | X | |
| 5 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | X | |
| 6 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo) | X | |
| 7 | Propuesta de Servicios | X | |
| 8 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | X |
| 9 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | X |
| 10 | RUT - Registro Único Tributario | X | |
| 11 | Hoja de Vida – Función publica | X | |
| 12 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | X | |
| 13 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).** | | X |
| 14 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | X |
| 15 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | X | |
| 16 | Tarjeta Profesional | X | |
| 17 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | X |
| 18 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | X |
| 19 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**). | X | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | X | |
| 21 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | X |
| 22 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | X |
| 23 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | X |
| 24 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | X | |
| 25 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | | X |
| 26 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*) | X | |
| 27 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*. | | X |
| 28 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | | X |
| 29 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | X |
| 30 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. **(Vigencia no superior a TRES (03) años)** | X | |
| 31 | Soporte de experiencia laboral. | X | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | X | |
| 33 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**) | X | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | X | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | X | |
| 36 | Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | X | |
| 37 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | X | |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**DANNA PAOLA RAMIREZ TORO**
**E-MAIL:** dannapao175@gmail.com
**Cel:3046405658**







Powered by CamScanner

SIJI

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082929272**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1082929272 | RAMIREZ | TORO | DANNA | PAOLA | 2022-07-19, 2:09 am |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Powered by CamScanner

| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | **CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS** | CODIGO:<br>VERSION:<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

El(la) suscrito(a) Danna Paola Ramirez Toro identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082929292 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

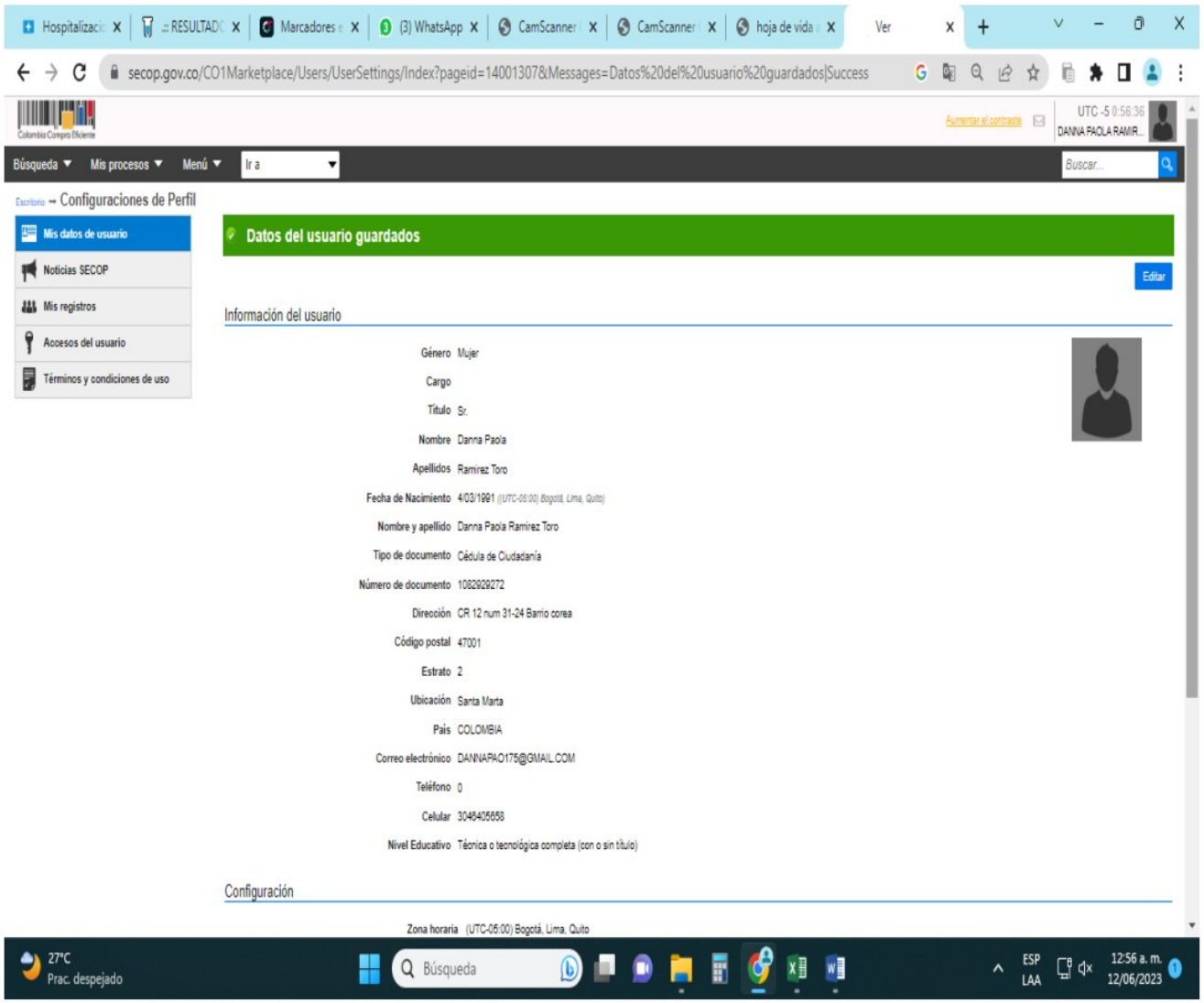
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 8 del mes de Junio de 2023.

Firma
Nombre Danna Paola Ramirez Toro
Cédula 1082929292

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

Santa Marta, 08 de junio del 2023.

Dr.:

**GERMAN GAVIRIA VARGAS**

**E. S. D.**

**GERENTE HUJMB**

**Estimado Doctor.**

El motivo de mi carta es ponerme a su disposición y ofrecerle mis servicios como Auxiliar de Enfermeria, comprometiéndome de antemano ejercer mi cargo con la más alta responsabilidad que este amerita y con la mayor disposición y entereza de realizar todas las actividades que este a mi cargo idóneamente.

Comprometiéndome a dar una representación positiva de la imagen de la empresa y esforzándome por hacer de ella una entidad más competitiva enalteciendo su labor dentro de la ciudad.

Agradeciendo la atención prestada, y a la espera de sus gratas noticias, reciban un cordial saludo;

Danna Ramirez Toro

**CC:** 1082929272

AUXILIAR DE ENFERMERA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14753859469

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 8 2 9 2 9 2 7 2 — 6. DV: 4

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta — 13. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 2 9 2 9 2 7 2 | 2 0 0 9 0 3 1 0 |

| Lugar de expedición | 29. País | 30. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RAMIREZ | TORO | DANNA | PAOLA |

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 10 32 A 05 BRR COREA

42. Correo electrónico: dannapao175@gmail.com

43. Código postal — 44. Teléfono 1: 3 0 0 3 3 1 7 8 2 7 — 45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 1 0 4 2 8 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

## Obligados aduaneros

54. Código

## 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 [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 2 — 61. Fecha: 2021 - 04 - 23 / 13 : 05: 25

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

594. Nombre: SOTO FERRARI MAYRA ALEJANDRA
595. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 23-04-2021 01:06:50PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ramirez | Toro | Danna Paola |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1082929272 | F ⊗ M ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 04 MES 03 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 10 - 32A 05

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL dannapao175@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 | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2009 |
| | | | | | | | | | | 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).

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |



Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | | *Mes* | | *Año* | | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 0 | 0 |



Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Santa Marta

Danna Ramirez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

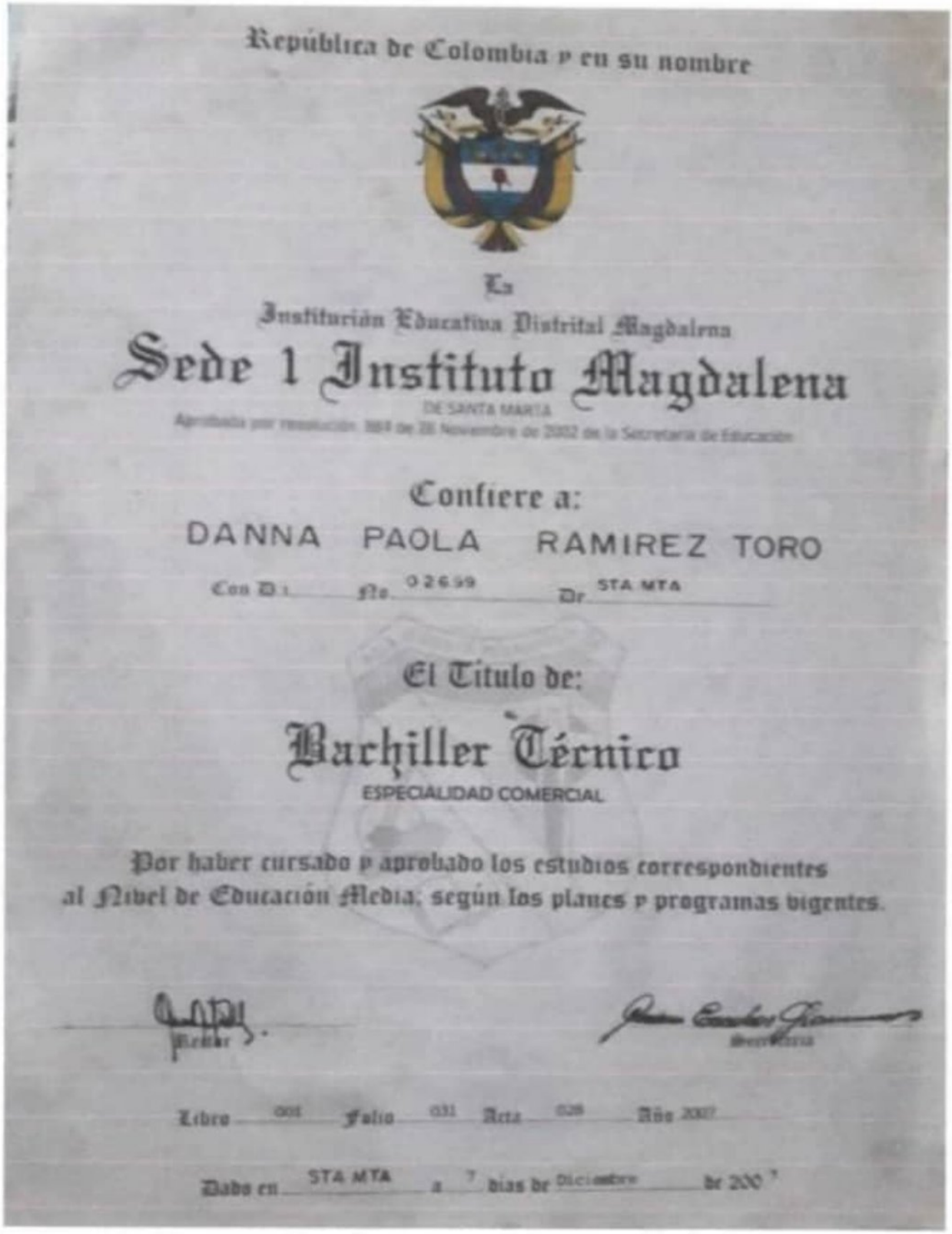
*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner

**DANNA PAOLA RAMIREZ TORO**
**E-MAIL: dannapao175@gmail.com**
**Cel:3046405658**



República de Colombia y en su nombre

La

Institución Educativa Distrital Magdalena

# Sede 1 Instituto Magdalena

DE SANTA MARTA

Aprobada por resolución 884 de 28 Noviembre de 2002 de la Secretaría de Educación

Confiere a:

DANNA PAOLA RAMIREZ TORO

Con D.I. No. 02659 De STA MTA

El Título de:

## Bachiller Técnico

ESPECIALIDAD COMERCIAL

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Libro 001 Folio 031 Acta 028 Año 2007

Dado en STA MTA a 7 días de Diciembre de 200 7

Powered by CamScanner



Republica de Colombia

Departamento del Magdalena

y en su nombre

CESMAG
GABRIEL ANGULO

**EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA**
**CESMAG "GABRIEL ANGULO"**

Creado mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1968 y
Modificado mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre de 1992 y No. 002 de junio 7 de 2006

Teniendo en cuenta que:

# Danna Paola Ramírez Toro

C.C. No 1.082.929.272 Expedida en Santa Marta

Cursó y aprobó todas las estudios programados por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el certificado de:

## "Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería"

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a 26 de Junio de 2009.

Director CESMAG

Secretaria Académica

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

**RESOLUCIÓN No. 47** 9223
"Por la cual se registra un titulo"

**EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) DANNA PAOLA RAMIREZ TORO, identificado (a) con C.C. No. 1.082.929.272 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para ejercer según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA CESMAG "GABRIEL ANGULO"**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificación No. 225 del dia 26 de Junio de 2009.
Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO**: Autorizar a DANNA PAOLA RAMIREZ TORO, identificado (a) con C.C. No. 1.082.929.272, expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el Territorio Nacional e inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

**ARTICULO SEGUNDO**: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 30 SET. 2009

**CESAR ROVIRA AVENDAÑO**
**Secretario de Salud del Magdalena**

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ
Profesional Especializado - Área de Calidad en Salud

**EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION**

Powered by CamScanner

SISPRO

Principal

SISMA- Sil Estandares de Medicam...

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:**
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2022-12-13 -8:41:48 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082928272 | DAMNA | PAOLA | RAMIREZ | TORO | 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) DAMNA PAOLA RAMIREZ TORO identificado(a) con CC 1082928272 registra La siguiente información:**

**2022-12-13 -8:41:48 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio vigencia Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora | La |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermeria | 2009-09-30 | 9223 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA | |

**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).**



Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Danna Paola Ramírez Toro*

## *CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Danna Paola Ramírez Toro*

## *CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10
Fecha de vencimiento: 2025-06-10

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Danna Paola Ramírez Toro*

## *c.c. 1082929272 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Adulto con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-04
Fecha de vencimiento: 2024-03-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humano
Docente Especialist

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Danna Paola Ramírez Toro*

## *c.c. 1082929272 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-04
Fecha de vencimiento: 2024-03-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

# *Certifica*

# *Danna Paola Ramírez Toro*

## *CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-16
Fecha de vencimiento: 2025-06-16

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

**SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS**

# SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 46 -56 3857960

## INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**No CUENTA:436583**

| TIPO CERTIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. INGRESO [ X ] | 2. PERIODICO [ ] | 3. RETIRO [ ] | 4. CONTROL [ ] | 5. POST INCAPACIDAD [ ] |
| 6. REUBICACION [ ] | 7. CASO OCUPACIONAL [ ] | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ] |

**DATOS DEL PACIENTE**

| | | |
|---|---|---|
| FECHA: 13/04/2021 | EMPRESA: PARTICULARES SO |  |
| NOMBRE: DANNA PAOLA RAMIREZ TORO | DOC. IDENTIDAD: CC 1082929272 | |
| CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA | EDAD: 29 AÑOS | |

**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS**

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**EXAMEN DE INGRESO**

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION | [ ] | [ X ] |

**CONCEPTOS GENERALES**

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. VISUAL [ ] | 2. AUDITIVO [ ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ ] | 7. OTROS [ ] |

| REMISIONES Si [ ] NO [ X ] | ARL Si [ ] NO [ X ] | EPS Si [ ] NO [ X ] |
|---|---|---|

-CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS DE OPTOMETRIA EN EPS Y USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION

-CONTROL DE PESO, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON ANFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO

*NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD PREEXISTENTE DE RIESGO FRENTE A UNA INFECCION POR COVID-19 A LA FECHA, SEGÚN CIRCULAR EXTERNA 30 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE TRABAJO.

SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS.

Dra. Sandy Sierra V.
Esp. en Salud Ocupacional
RM. 50-12512 - Lic. 2391

SANDY SIERRA VILLA
CC 1082877271
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 2391
RS. 5012512

DANNA PAOLA RAMIREZ TORO
CC 1082929272
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423
Email: saludocupacional@olimpusiab.com
Fecha de impresión: 13/04/2021 - 18:21

Imprimio: YULEIBY KARINA GREGORY ZUÑIGA

SOFTWARE IPSOFT SIS v 2.0- Tel: (2) 4650430

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

## Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Danna |
| Apellidos | Ramirez Toro |
| Documento de Identidad: | CC: X TI: PASA PORTE: No. 1082929272 |
| Fecha de Nacimiento: | Día: 04 Mes: 03 Año: 1991 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 12/09/09 | UNIGENTS | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2023-02-15 10:22 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| DANNA | PAOLA | RAMIREZ | TORO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1082929272 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
|---|---|

| 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:



Powered by CamScanner

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

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

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

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

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



Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

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

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

Tipo documento [ ] Número [ ]



Powered by CamScanner

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

| |
|---|
| |

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

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

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

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

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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



Powered by CamScanner

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |



Powered by CamScanner

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

# CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

**Se certifica que RAMIREZ TORO DANNA PAOLA identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1082929272 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:**

| | |
|---|---|
| **TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:** | CC-1082929272 |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | RAMIREZ TORO DANNA PAOLA |
| **TIPO DE AFILIADO:** | COTIZANTE |
| **ESTADO DE AFILIACIÓN:** | ACTIVO |
| **FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:** | 01/12/2014 |
| **FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:** | |
| **DISCAPACIDAD:** | NINGUNA |
| **REGIMEN:** | CONTRIBUTIVO |
| **NIVEL:** | 1 |
| **MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:** | SANTA MARTA / MAGDALENA |

**SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES**
**Fecha de generacion: 12/06/2023**
**Codigo de verificacion: AFCS202200000339775**
**Generado por: usuweb**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO**



Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DANNA PAOLA RAMIREZ TORO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.929.272**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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



Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **DANNA PAOLA RAMIREZ TORO** con **CC** No. **1082929272**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **Fecha de última cobertura:** 01/01/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016223512.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4.1.3_FR15 v_06



Powered by CamScanner

| HJMB | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINCAF<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM. REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | | 1/08/2022 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| DANNA PAOLA RAMIREZ TORO | | | | | | | | | | | | Sexo: M | | F | * |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Documento: C.C. * / C.E. / T.I. / R.C. / PP | | | | | Número: 1.082.929.272 | | | | Expedida en: SANTA MARTA | | | Fecha de Expedición: 05/12/2019 | | | |
| Estado Civil (Seleccione): Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | No. Personas a cargo: 0 | | | Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada * | Familiar | Zona Ubicación: Rural / Urbana * |
| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | | Direccion Domicilio | | | | | | | Municipio / Ciudad | | | Departamento |
| | | | SANTA MARTA | | MZ 8 CASA 16 URB TAMACA | | | | | | | SANTA MARTA | | | MAGDALENA |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | No. Celular | | | Telefono |
| DANNAPAOLITA@GMAIL.COM | | | | | | | | | | | | 3046405658 | | | |
| Ocupación (Seleccione): Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
| Detalle Actividad Económica | | | | | | | | | | | | Descripción del CIIU | | | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento: C.C. / P.P. | Número |
|---|---|---|
| | | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio: Publica / Privada / Mixta / Otra, cual? | Cargo |
|---|---|---|
| | | |
| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio / No. Teléfono |
| | | |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI / NO | |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | Total Egresos mensules |
|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales | Otros Egresos Mensuales |
| Total Activos | Total Pasivos |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes / Año | Es declarante? SI / NO |

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propios, los depósitos que a mis cuentas(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea a o a quien representa sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar gratis, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de cumplimiento con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. La entidad implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente o cuando me lo soliciten, la información de este formulario o presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea no utilizar o revelar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. A la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea E.S.



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Powered by CamScanner