HJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Dony David Ramos Costoño, identificado con Cédula No. 1082960877, y Profesión Médico, 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:

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sili.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	✓	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	✓	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)	✓	
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		✓
9	RUT - Registro Unico Tributario (Año 2023)	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	✓	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).	✓	
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		✓
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	✓	
15	Tarjeta Profesional	✓	
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	✓	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)	✓	
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	✓	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	✓	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	✓	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		✓
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		✓
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	✓	
24	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*.	✓	
25	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*)	✓	
26	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*.	✓	
27	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*).	✓	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		✓
29	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)	✓	
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en: https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	✓	
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	✓	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✓	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✓	
36	Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

Dany Daniel Ramirez Castaño
Médico general
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC.
d.d.r.c_09@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.960.877
RAMIREZ CASTAÑO

APELLIDOS
DANY DANIEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1993
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

11-ENE-2011 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2100100-00288177-M-1082960877-20110401 0026511794A 1 36296224

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082960877**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082960877	RAMIREZ	CASTAÃ'O	DANY	DANIEL	2023-07-17, 11:05 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

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

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

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

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

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

El(la) suscrito(a) Dony David Ramos Castaño identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082960877 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 01 del mes de Diciembre de 2023.

Firma

Nombre Dony David Ramos Castaño

Cédula 1082960877

Santa Marta,

Señor:
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente (E)
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Respetado Doctor:

En la relación con la oferta laboral, tengo el gusto de hacerles entrega de mi curriculum vitae con el propósito de trabajar con ustedes.

Me caracteriza el compromiso, la responsabilidad y el entusiasmo en el desarrollo de actividades encomendadas en el área que ustedes determinen, destacándome por mantener excelente relaciones interpersonales.

Seria verdadero placer hacer parte de su equipo de trabajo.

Cordial Saludo.

DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO
C.C. 1.082.960.877 De Santa Marta
Dirección: Conjunto Venecia Apto 307
Email: d.d.r.c_09@hotmail.com
Celular: 3232872700



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE

1082960877

NOMBRES: DANY DANIEL

APELLIDOS: RAMIREZ CASTAÑO

Bachiller

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.



PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2023	2033	2043

FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/04/2018

DISTRITO MILITAR: 010

P223097

GL. ELKIN ALFONSO ARGOTY HIDALGO
DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14881460411

(415)7707212489984(8020) 000001488146041 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 6 0 8 7 7	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 6 0 8 7 7	2 0 1 1 0 1 1 1

Lugar de expedición	28. País	29. 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	CASTAÑO	DANY	DANIEL

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 19 N 7 05

42. Correo electrónico: d.d.r.c_09@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 3 2 8 7 2 7 0 0	3 0 2 8 5 5 9 5 1 9

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 2 1	2 0 1 6 0 8 1 7	4 7 7 3	2 0 2 1 0 6 1 7	5 3 1 0		2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 12 - 08 / 19 : 48: 18

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 RAMIREZ CASTAÑO DANY DANIEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-12-2023 12:21:05PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ramirez	Castaño	Dany Daniel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082960877 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) | PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1082960877 D.M. SA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 09 MES 01 AÑO 1993

PAÍS:

DEPTO:

MUNICIPIO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: DEPTO:

MUNICIPIO:

TELÉFONO: EMAIL d.d.r.c_09@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2016	1082960877

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

FORMATO ÚNICO

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 23 13A 52 LOS ALCAZARES				

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD AVIDANTI CLINICA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	11	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* AVENIDA 5 ESTE 2 3 ESTE POR LOS BOMBEROS				

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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	7

FORMATO ÚNICO

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 01/12-23

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

Dany Daniel Ramirez Castaño
Médico general
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC.
d.d.r.c_09@hotmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 30 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO

con cédula de ciudadanía No. 1.082.960.877 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 29 de Julio de 2016

Director(a) Sede | Rector(a) | Secretario(a) General

Folio No. 142 Libro de Registros No. 8 Registro No. 10172 Refrendado en Santa Marta el día 29 de Julio de 2016
Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortés Londoño

012936

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 64

PROGRAMA: MEDICINA

CÓDIGO SNIES: 3529

FECHA DE GRADO: 29 DE JULIO DE 2016.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO
con cédula de ciudadanía No 1.082.960.877 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de MEDICO

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 10 en sesión del día 29 de junio de 2016.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) Facultad: SALIN RAMON TOUCHIE MEZA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 29 DE JULIO DE 2016.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

003610

INSTITUTO TAYRONA
SANTA MARTA - D.T.H.C

DANE 347001004522
INSCRIPCION
JORNADA Matutina

Acta Individual de Grado

En la ciudad SANTA MARTA a los 3 días del mes de DICIEMBRE del año 2009 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de undécimo grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría del INSTITUTO TAYRONA

Institución APROBADA HASTA UNDÉCIMO GRADO en el nivel de Educación Media ACADÉMICA y AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN DEL DPTO ADMINISTRATIVO DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL D. T. H. DE SANTA MARTA para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICA, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 756 DE NOVIEMBRE 23 DE 2000

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

BACHILLER ACADÉMICO

CON PROFUNDIZACIÓN EN CIENCIAS

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

DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO

T.I. 930109-29065 DE SANTA MARTA

es fiel copia tomada del Acta Original General No. 019 de fecha 3 DE DICIEMBRE DE 2009 que consta de 14 estudiantes y que inicia con el nombre de: ANDRES MAURICIO BLANCO BULA y cierra con el nombre de: ANDRES FELIPE TRICOS MANOSALVA

Firmada y sellada por: Lic. CRICELDA CARRASQUILLA CARBONO (Rector(a)) y OSMAYDA ISABEL GARCIA BARRANCO (Secretario(a)).

Dada en SANTA MARTA a los 3 días del mes de DICIEMBRE del año 2009

Firmado y Sellado por

Instituto Tayrona

Instituto Tayrona

Rector

Secretario(a)

Diploma No.

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Tayrona

Santa Marta -D.T.H.C.

Autorizado por la dirección del departamento administrativo de Educación
y cultura del Distrito Turístico e Histórico de santa marta
según Resolución No. 756 de noviembre 23 de 2000,

Confiere a

Dany Daniel Ramirez Castaño

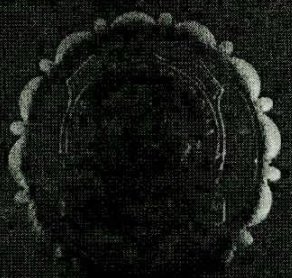
Identificado(a) con T.I. No. [illegible] Expedida en Santa Marta

El título de

Bachiller Académico

Con Profundización en Ciencias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Plan de Estudios de Media Académica, le otorga el Presente Diploma, [illegible] del Municipio.



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108296087700156084

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO**, identificado(a) con C.C. No. 1082960877 y T.P. o R.M. No. 1082960877 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

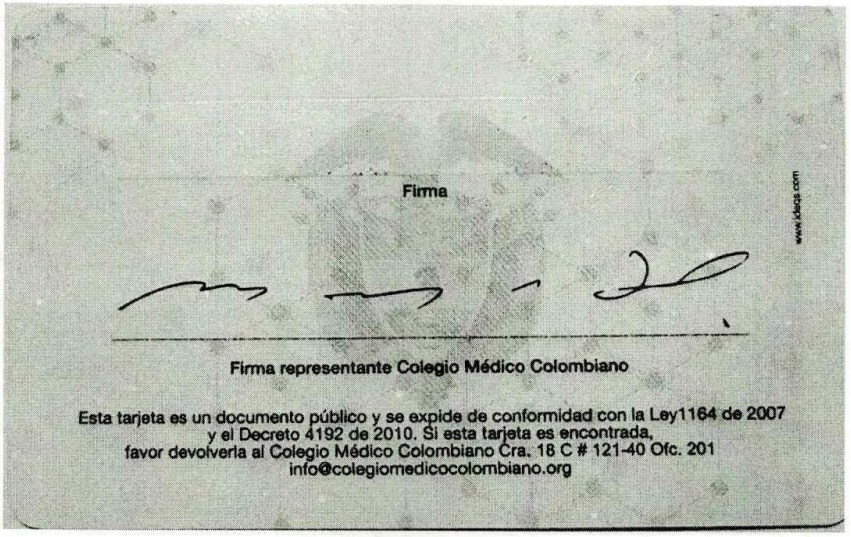
Dada en Bogotá, D. C., el lunes 04 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercíal Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com


MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO
C.C o C.E 1082960877
Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad
Institución de Educación
U. COOPERATIVA DE COLOMBIA
Ciudad SANTA MARTA
Fecha de expedición diploma
Fecha de inscripción RETHUS


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.sdscp.com

Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1082960877	DANY	DANIEL	RAMIREZ	CASTAÑO	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) DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO identificado(a) con CC 1082960877 registra La siguiente información:

2023-12-26→10:19:12 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2017-10-19	27434	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|LA GUAJIRA|URIBIA	2016-08-16	2017-08-15	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).

CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(+57) 601 326-6200 *PBX*
(+57) 601 319-0300
(+57) 601 319-0400
(+57) 601 319-0408 FAX
www.chubb.com/co

PROMEDICO

Certificado Individual de Seguro No. RCMCO00083509891
Póliza Matriz Nº 16880
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

Información del tomador			
Seguro por cuenta tomado por: PROMEDICO		**NIT:**	890.310.418-4
Información del Asegurado			
Titular Asegurado:	RAMIREZ CASTAÑO DANY DANIEL	**C.C.:**	1082960877
Especialidad:	MEDICO GENERAL		

Vigencia póliza de responsabilidad civil médica	
Fecha Inicio: 28 de agosto de 2023 Desde las 00:00 Horas	**Fecha Fin:** 27 de agosto de 2024 Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas
El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.	
Delimitación territorial y jurisdicción: Colombia	

Cobertura básica
Responsabilidad civil médica

En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en el presente documento y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Requisitos de Asegurabilidad

Para efectos de este seguro, el Asegurado ha declarado no tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias que den lugar a reclamaciones diferentes a las ya reportadas a Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura.
El Asegurado ha declarado estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y tener su licencia vigente.
El Asegurado ha declarado no estar involucrado en algún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.

Beneficiarios:	Terceros afectados	**Fecha de retroactividad:**	28/08/2020
Límite Asegurado:	300.000.000	**Deducible**	Para límite de **$100.000.000 a $600.000.000: 5%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.000.000** por todo y cada reclamo.
			Para límite de **$800.000.000 y $1.000.000.000: 10%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.500.000** por todo y cada reclamo.
			No aplica deducible para Gastos de Defensa.

Extensiones de cobertura básica (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)	
Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	**Sublimite**
Herederos legales	100%
Cónyuges	100%
Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado	100%
Gastos penales	100%
Cobertura para las cirugías reconstructivas	100%
Cobertura para empleados no profesionales	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos	100%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Dany Daniel Ramírez Castaño

CC 1082960877 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-08-14
Fecha de vencimiento: 2025-08-14

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

Dany Daniel Ramirez Castaño
Médico general
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC.
d.d.r.c_09@hotmail.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Dany Daniel Ramírez Castaño

CC 1082960877 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-08-12
Fecha de vencimiento: 2025-08-12

FUNDACIONNUESTRA 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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Dany Daniel Ramírez Castaño

CC 1082960877 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-08-16
Fecha de vencimiento: 2025-08-16

FUNDACIONNUESTRA 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

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y

Dany Daniel Ramirez Castaño
Médico general
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC.
d.d.r.c_09@hotmail.com

Gescons

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
G01302365 - 1082960877

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO

C.C. 1.082.960.877

DIPLOMADO

ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

ADULTO – PEDIÁTRICO – NEONATAL

Cumplió Satisfactoriamente el Programa Corporativo de Educación continuada, que Representó una Intensidad de Ciento Cuarenta (140) Horas. Realizado desde abril 07 de 2021 - Hasta febrero 28 de 2022.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matrícula mercantil 611199 respaldado por la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA NIT: 860.007.406-9 podrá verificarlo a través del código de verificación

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Dado en Colombia el 28 de febrero de 2022.
https://www.federacionmedicacolombiana.com

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a



DANY DANIEL RAMÍREZ CASTAÑO

C.C. 1082960877

Por haber cursado y aprobado el curso

SEGURIDAD Y CUIDADO DEL PACIENTE

Realizado en modalidad virtual, **del 4 al 20 de Febrero de 2022.**
Con una intensidad académica de **40 horas**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Rua
DIRECTOR ACESS

Yvonne Lopez
COORDINADOR ACADÉMICO

Lina Bahoque
JEFE DE PROGRAMA

Jennifer Garcia
INSTRUCTOR

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

DANY DANIEL RAMÍREZ CASTAÑO

C.C. 1082960877

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual, **del día 5 al 6 de Marzo de 2022.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Rua
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Dany Daniel Ramirez Castaño
Médico general
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC.
d.d.r.c_09@hotmail.com



ACESS

Otorga el presente certificado a

DANY DANIEL RAMÍREZ CASTAÑO

C.C. 1082960877

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual, **los días 1 y 2 de Abril de 2022.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.6

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CAPACITACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co



GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO
C.C. 1,082,960,877

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 08 DE SEPTIEMBRE DE 2020
DURACIÓN 40 HORAS
TEMARIO: CONCEPTOS DONACION Y TRANSPLANTES, ABORDAJES BIOETICOS Y LEGALES, PROTOCOLO NACIONAL PAR
DONACION, DONACION Y TRANSPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS.

LEY 1805 DEL 04 DE AGOSTO DEL 2016. DECRETO 2493 DEL 2004

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.
FECHA DE RENOVACION SEPTIEMBRE 2022.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GC

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg.EN02297736 -2020

CERTIFICA QUE:

DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO

C.C. N° 1082960877

ASISTIO AL CURSO TALLER DE:

ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE TREINTA (30) HORAS ACADEMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEART ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2015-2020
Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 DE NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 15 DE DICIEMBRE 2020.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

M.Sc. Dr. ISNIEL MUÑIZ PELÁEZ
INTENSI. EMERGENCIOL ANESTESIOLOGO

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

AVIDANTI

LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO DE

AVIDANTI S.A.S

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.082.960.877 expedida en SANTA MARTA, labora en nuestra empresa desde el 11 de abril de 2022 desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL.**

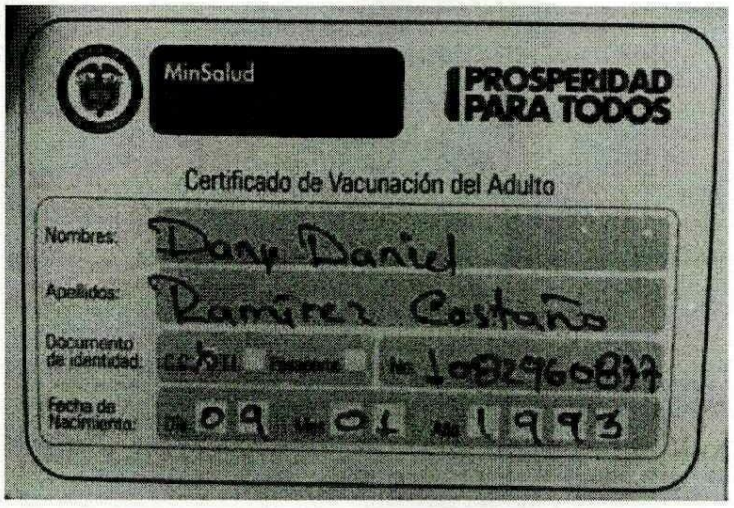
El(la) Señor(a) DANY DANIEL RAMIREZ CASTAÑO posee un contrato Fijo y devenga un salario mensual de Tres millones cuatrocientos sesenta y cinco mil pesos mcte ($ 3.465.000) .

La presente se expide en la ciudad de Floridablanca, a los 5 días del mes de julio de 2023.

Atentamente,

MÓNICA LILIAN MEDINA VARGAS
Directora de Talento Humano
c.c.Hoja de Vida

Dany Daniel Ramirez Castaño
Médico general
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC.
d.d.r.c_09@hotmail.com


MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

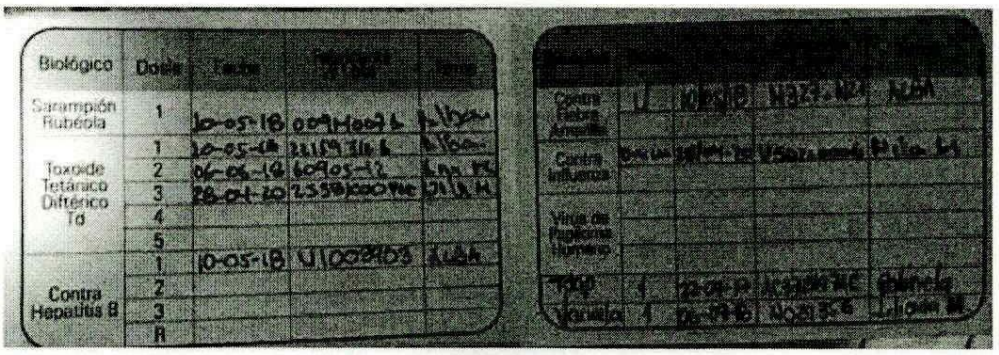
Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Dany Daniel

Apellidos: Ramírez Castaño

Documento de identidad: C.C. [X] Pasaporte: [ ] No. 1082960837

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 04 Año 1993


Biológico	Dosis	Fecha		Firma
Sarampión Rubéola	1	10-05-18		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10-05-18		
	2	06-06-18		
	3	28-01-20		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	10-05-18		
	2			
	3			
	R			

Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	1			

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082960877 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 04/12/2023 12:14 PM

Código Verificación: **BX2RWVZH5L**

Válida hasta: **03/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 OTRO Fecha de publicación 2023-12-04 12:23

Nombres llidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo ape
DANY	DANIEL	RAMIREZ	

Documento de identificación

Tipo CEDULA DE Número 1082960877

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

Lugar de nacimiento

País COLOMBIA Departamento MAGDALENA SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento MAGDALENA SANTA MARTA

Nombre de entidad/organismo/institución/persona jurídica pública 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 SANTA MARTA

Dirección ["Carrera . 23-42 Alcazares"

Cargo o función que cumple

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.

. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo 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.

DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$4.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	$0,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$4.500.000,00

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 de inmediatamente anterior laño
CUENTA DE	COLOMBIA	$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País			Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No X
En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No
A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones: X

Nombre sociedad	Tipo	Calidad de socio	País

. 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 desarro de forma ocasional o permanente son las siguientes:

	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.

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 ape

Tipo Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad primero civi 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 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 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 de	l 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 ES

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:

	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

. 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:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082960877
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramirez Castaño,Dany Daniel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramirez Castaño,Dany Daniel, a los 04 días del mes de diciembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DANY DANIEL RAMIREZ CASTANO, identificado(a) con C.C 1.082.960.877, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 04 de diciembre de 2023.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL**	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo	
Dany Daniel Ponies Cotaño.														M X	F
Tipo de Documento							**Número**			**Expedida en**			**Fecha de Expedición**		
C.C X	C.E	T.I	R.C	PP			1082960877			Santa			11-01-11.		
Estado Civil (Seleccione)					**Nivel educativo**				**No. Personas a cargo**	**Tipo de Vivienda**			**Zona Ubicación**		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	amilia	Rural	Urbano	
X								X	1	X					
Fecha nacimiento			**Lugar de Nacimiento**		**Direccion Domicilio**					**Municipio / Ciudad**			**Departamento**		
09	01	93	Santa		Cajito Veredia T4 Apto 307					Santa Marta			Magdalena		
Correo Electrónico										**No. Celular**			**Telefono**		
d.d.r.c_09@hotmail.com										3232877900					
Ocupación (Seleccione)													**Actividad Principal CIIU**		
Estudiante		**Independiente**		**Empleado**		**Hogar**		**Jubilado**		0	8	6	2	1.	
Detalle Actividad Económica										**Descripción del CIIU**					
Medico.										Actividades Consulta Externa medico.					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	
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	4.000.000.		**Total Egresos mensules**	2,000,000.	
Otros Ingresos Mensules			**Otros Egresos Mensuales**		
Total Activos			**Total Pasivos**		
Mes y año de corte de la información financiera s	**Mes**	**Año**	**Es declarante?**	**SI** X	**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?

NO.

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO.

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

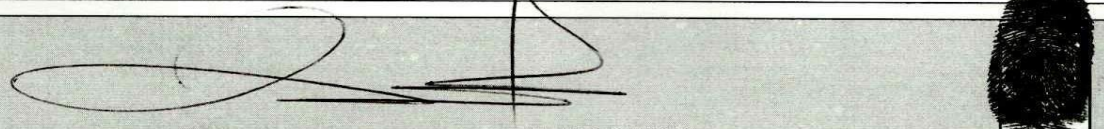
Mi actividad laboral como Medico.

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 propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(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 Barreneche a o a quien represente 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, grabar, 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 Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior 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, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 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 Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



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



Leonardo Cáceres García