En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, _____, Identificado con Cédula No. _____ y Profesión _____ **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://siji.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 Único 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/ | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.083.025.413**

**SALAS REYES**

APELLIDOS

**DANIEL MAURICIO**

NOMBRES

Daniel Salas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1997**

**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.82** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**11-JUN-2015 SANTA MARTA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00731057-M-1083025413-20150807 **00456**74935A 1 27694447

| | | |
|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS | CODIGO: GJC18F<br>VERSION: 02<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 07/09/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

El (la) suscrito(a) Daniel Sabi Reyes identificado con C.C. No. 1083525443 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.

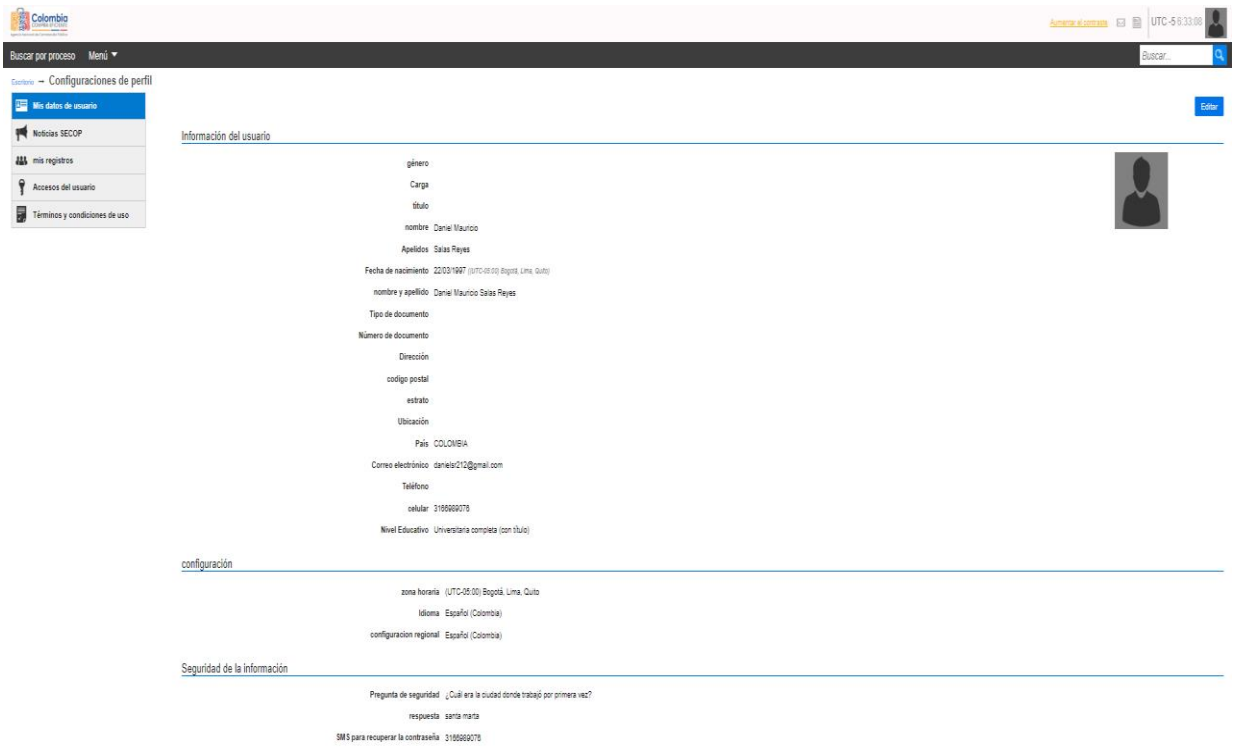
Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 20 del mes de Marzo de 2024.

Firma

Nombre Daniel Sabi Reyes

Cédula 1083525443

Powered by CamScanner


Colombia
Aumentar el contraste
UTC -5 6:33:09
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
género
Carga
título
nombre Daniel Mauricio
Apellidos Salas Reyes
Fecha de nacimiento 22/03/1997 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
nombre y apellido Daniel Mauricio Salas Reyes
Tipo de documento
Número de documento
Dirección
codigo postal
estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico danielsr212@gmail.com
Teléfono
celular 3166969076
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
configuración
zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
configuracion regional Español (Colombia)
Seguridad de la información
Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
respuesta santa marta
SMS para recuperar la contraseña 3166969076

Santa Marta, 12 de marzo del 2024

Medico,
**DANIEL MAURICIO SALAS REYES**

Con Identificación: CC 1083025413

Dirección: Calle 21#14-27 barrio alcázares

Teléfono: 3166989076

Para: E.S.E Hospital Julio Mendez Barreneche
Ref: PROPUESTA DE SERVICIO

Cordial Saludo,

Me dirijo a usted por medio de la presente, en aras de ofrecer mis servicios como Medico General para el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos perteneciente a la E.S.E Hospital Julio Mendez Barreneche, mediante la implementación del conocimiento medico científico y humanizado para el logro de su misión institucional, conforme a mi formación.
Como se presenta en mi hoja de vida, tengo actualizado mis estudios posteriores al pregrado direccionados al manejo del paciente crítico.
Estoy presto a cumplir con las obligaciones asignadas por el contratante.

No siendo más agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

DANIEL MAURICIO SALAS REYES
C.C. 1.083.025.413 Santa Marta

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
**EJÉRCITO NACIONAL**

**DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional

**DANIEL MAURICIO SALAS REYES**
**C.C. 1083025413**

Fecha de Exp.
**27/03/2024**

Distrito Militar
**012**

Tarjeta Militar
**2da Clase**

Fecha de la constancia
**27/03/2024**

Código de verificación
**1711549310**

Pertenece a la reserva de

| Fecha de 1era línea | Fecha de 2da línea | Fecha de 3da línea |
|---|---|---|
| **2027** | **2037** | **2047** |

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

**PATRIA, HONOR, LEALTAD**

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Cra. 11 B No. 104ª-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes de 7:00 AM - 5:00 PM

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14938965575

(415)7707212489984(8020) 000001493896557 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 3 0 2 5 4 1 3 | 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 ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 3 0 2 5 4 1 3 | 2 0 1 5 0 6 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 |
|---|---|---|---|
| SALAS | REYES | DANIEL | MAURICIO |

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: CL 28 18 A 17 BRR CATALINA DOS MIL

42. Correo electrónico: danielsr212@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4 3 4 8 8 2 6 | 3 1 6 6 9 8 9 0 7 6 |

## 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 |
| 0 0 1 0 | 2 0 2 1 1 1 0 1 | 8 2 9 9 | 2 0 1 9 0 6 1 7 | | | | 1 3 1 4 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2023 - 08 - 17 / 18 : 29: 17

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 SALAS REYES DANIEL MAURICIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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* |
|---|---|---|
| SALAS | REYES | DANIEL MAURICIO |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083025413 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 22 MES 03 AÑO 1997

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 21 14 27

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4348826 EMAIL danielsr212@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN 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 | 2021 | |

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

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO 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 |

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 __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 24355 del 20 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 581 del 17 de Marzo de 1976 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002 emanado del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

# DANIEL MAURICIO SALAS REYES

Cédula de Ciudadanía No. 1.083.025.413 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 17 de septiembre de 2021

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 061 Registro No. 0610
Refrendado en Santa Marta el día 16 de septiembre de 2021

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24795 del 28 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 3601 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. 04-3138-2021

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | MEDICINA |
| CODIGO SNIES: | 3529 |
| FECHA GRADO: | 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021 |
| LUGAR: | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA |

En atención a que DANIEL MAURICIO SALAS REYES
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.025.413 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICO.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 023 en sesión del día 23 de agosto de 2021.

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

| | |
|---|---|
| Rector(a): | MARITZA RONDON RANGEL |
| Director(a) de Campus: | 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 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

**C108302541300172442**

**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) **DANIEL MAURICIO SALAS REYES**, identificado(a) con C.C. No. 1083025413 y T.P. o R.M. No. 1083025413 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 martes 12 marzo 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

**ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO**
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL







## *QR DIGITAL*

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Resultado General -2024-03-17→8:21:59 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1083025413 | DANIEL | MAURICIO | SALAS | REYES | 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) DANIEL MAURICIO SALAS REYES identificado(a) con CC 1083025413 registra La siguiente información:

2024-03-17→8:21:59 PM

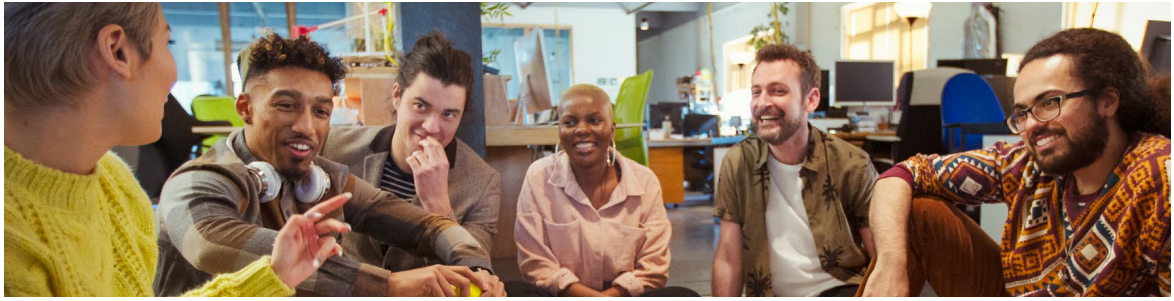
Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2022-12-25 | 107780 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|MAGDALENA\|GUAMAL | 2021-11-16 | 2022-11-15 | 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).



## INFORMACIÓN GENERAL

| Ciudad y fecha | Oficina radicación | Número de cotización | Número de póliza | Documento |
|---|---|---|---|---|
| BUCARAMANGA, 2024-03-18 | 2631 - PROMOTORA SOTOMAYOR | 03057117240318885747 | 900000804549 | EXPEDICIÓN MODIFICACIÓN |

| Vigencia del seguro | | Días de vigencia del seguro |
|---|---|---|
| Desde las 24:00 horas del 2023-07-29 | Hasta las 24:00 horas del 2024-07-29 | 366 |

| Vigencia del movimiento | | Días de vigencia del movimiento |
|---|---|---|
| Desde las 24:00 horas del 2024-03-18 | Hasta las 24:00 horas del 2024-07-29 | 133 |

Moneda
COP

## ASESOR

| Nombre | Código |
|---|---|
| BUENO GARCES CONSULTORES DE SEGUROS Y RIESGOS LIMITADA | 21564 |

## TOMADOR

| Nombre | Tipo de identificación | Número de identificación | Tomador principal | Calidad Tomador | Dirección de correspondencia |
|---|---|---|---|---|---|
| DANIEL SALAS REYES | CEDULA DE CIUDADANIA | 1083025413 | ✓ | En nombre propio | calle 5 #5-55 |

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN



## RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

### ASEGURADO

| Nombre | Tipo de identificación | Número de identificación |
|---|---|---|
| DANIEL SALAS REYES | CEDULA DE CIUDADANIA | 1083025413 |

### BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General-
Valor asegurado: $400.000.000

Fecha de retroactividad: 29/07/2022

| COBERTURA | SUBLÍMITE EVENTO | SUBLÍMITE VIGENCIA | DEDUCIBLE |
|---|---|---|---|
| Gastos de Defensa | 100% | 100% | 0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Gastos de defensa por tribunal de ética médica | 10% | 10% | 0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Gastos de Defensa (Penales) | 10% | 10% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Asistencia juridica telefonica | | | |
| Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Errores y Omisiones en Dictamenes periciales | 50% | 50% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |
| Responsabilidad Civil profesional | 100% | 100% | 10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV |

# CONDICIONES PARTÍCULARES

## Cláusulas

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

## Anexo asesoría jurídica telefónica

SURA por solicitud del asegurado brindará vía telefónica, la asesoría legal en cualquier rama del derecho (Civil, Comercial, Consumidor, Administrativo, Policivo, Penal, Notarial, Familiar, Laboral), las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año. El tiempo máximo en línea será de 60 minutos por evento. Se podrá brindar la asistencia en cualquier ciudad siempre y cuando se tenga recepción de las llamadas telefónicas. A comunicación se describe la pertinencia en cada rama:

a.Derecho civil: El asegurado recibirá asesoría jurídica en adquisición de bienes muebles, inmuebles, y sujetos a registro, garantías hipotecarias y prendarias, contratos para remodelación de vivienda, régimen de propiedad horizontal (conjuntos/edificios), responsabilidad civil contractual y extracontractual en eventos de tránsito, celebración, ejecución y finalización de contratos.

b.Derecho comercial: El asegurado recibirá asesoría en actos de comercio, obligaciones y contratos mercantiles, venta y adquisición de establecimientos de comercio, títulos valores.

c.Derecho del consumidor: El asegurado recibirá orientación frente a la aplicación del estatuto de protección al consumidor, cumplimiento de garantías de bienes y servicios, publicidad engañosa.

d.Derecho administrativo: El asegurado recibirá asesoría en derechos de petición, quejas y trámites ante entidades públicas, acción de tutela y derechos fundamentales, servicios públicos domiciliarios.

e.Derecho policivo: El asegurado recibirá asesoría en reclamaciones ante autoridades de policía, impugnación de comparendos, obtención de permisos para funcionamiento de negocios.

f.Derecho notarial: El asegurado recibirá orientación frente a trámites de documentos ante las notarías tales como sucesiones, matrimonio, registros del estado civil y su corrección, declaraciones extrajudiciales, cancelación de gravámenes a la propiedad, tradición de bienes sujetos a registro.

g.Derecho familiar: El asegurado recibirá orientación en régimen legal del matrimonio, régimen económico, afectaciones al patrimonio de familia, patria potestad, custodia, sucesiones con o sin testamento.

h.Derecho laboral: El asegurado podrá recibir orientación en la contratación de empleados domésticos, liquidaciones, modalidades de vinculación laboral, invalidez, incapacidades, pensiones.

i.Derecho penal: El asegurado podrá recibir orientación siempre que lo solicite en aspectos relativos a representación en procesos penales, estafa, lavados de activos, extinción de dominio, elaboración denuncias, abuso de confianza, violación de la libertad de trabajo o captación masiva o habitual.

Los temas que no se encuentren mencionados anteriormente, estarán sujetos a validación por parte de SURA.

PROCESO DE PRESTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

1.SURA recibirá solicitudes directamente desde el #888 opción 1.2 siendo éste el único autorizado para la activación de asistencias.

2.Los usuarios podrán acceder al servicio las 24 horas del día los 7 días de la semana, 365 días del año.

La línea de Asistencia de Sura recibirá la llamada solicitando los siguientes datos al usuario:

a.Nombre y Apellidos.

b.Número de identificación del cliente y plan (número de póliza).

c.Ciudad.

d.Teléfonos de contacto.

e.Contexto de la necesidad.

RESPONSABILIDAD

SURA será responsable de la prestación de los servicios convenidos, pero deja expresa constancia que este amparo es de medio y no de resultados, por lo cual el asegurado acepta que SURA no será responsable de los resultados de las acciones emprendidas por él o por las personas que él autorice, con ocasión de la asesoría recibida.

TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo tendrá una duración de un año a partir de la fecha de su suscripción y podrá ser renovado por el mismo término (renovación de la póliza), una vez culminado el plazo inicial, por acuerdo de las partes, previos los ajustes que pudieran ser requeridos en sus términos y condiciones.

## Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

## Periodo adicional para notificaciones

Si SURA o el profesional de la salud deciden terminar, revocar o no renovar este seguro por razones diferentes al no pago de la prima, el profesional podrá contratar, en acuerdo con la aseguradora, un Período Adicional de Notificación siempre y cuando no contrate un nuevo seguro que cubra el mismo riesgo que este. El Período Adicional de Notificación se refiere exclusivamente a Actos Incorrectos ocurridos mientras este seguro haya estado vigente.

Para obtener este periodo adicional de notificaciones, el profesional deberá comunicar por escrito a SURA su intención de contratarlo máximo hasta 10 días calendario antes de la fecha en la que se revocaría o no renovaría el seguro y deberá pagar la prima adicional establecida por la aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la mencionada fecha.

Las Reclamaciones que se presenten durante el Período Adicional de Notificación afectarán el valor asegurado que tenía

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

disponible el cliente al momento de la revocación o no renovación del seguro.
El costo de este período adicional de notificaciones será:
- 68% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 12 meses.
- 108% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 24 meses.

## Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

## Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

## Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

## Ubicación de predios

Calle 14#23-42 Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

## Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

## Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

## Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

## No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Exclusiones

## Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

## Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

## Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

## Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

## Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

## Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

## Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

**VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

| Tasa | Valor asegurado | Valor a pagar | Valor IVA | Valor total a pagar |
|---|---|---|---|---|
| 1,0513%o | $400.000.000 | $36.509 | $6.937 | $43.446 |
| | | | **Valor total a pagar más IVA** | **$43.446** |

## VALOR A PAGAR DEL SEGURO

| Solución | Valor a pagar | Valor IVA | Valor total a pagar |
|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD | $36.509 | $6.937 | $43.446 |
| **VALOR TOTAL** | **$36.509** | **$6.937** | **$43.446** |



## ASESORES

| Código | Nombre del asesor principal | Lider |
|---|---|---|
| 21564 | BUENO GARCES CONSULTORES DE SEGUROS Y RIESGOS LIMITADA | ✓ |

# CONDICIONES GENERALES

## DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

| Solución | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de entidad | Tipo de documento | Ramo al cual pertenece | Identificación de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD | 2009-06-01 | 13-18 | P | 013 | F-01-13-064 |

## Textos y aclaraciones del movimiento

Por medio del presente anexo se aumenta valor asegurado a $400 millones y se cambia la ubicacion de direccion de acuerdo a declaracion de asegurabilidad.

# DEFINICIONES

## SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

## SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

## SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención"

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

## *Daniel Mauricio Salas Reyes*

CC: 1083025413

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Basados en el marco de la resolución, N° 0459 de 2012 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **05** del mes de **Noviembre** del **2021** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

G0140044537 – 1083025413

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

## DANIEL MAURICIO SALAS REYES

CC. 1083025413

CURSO – TALLER

## SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO
## "BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT"
## BLS – ACLS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con Instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Realizado en el Mes de marzo de 2024 con una intensidad de cuarenta y ocho **(48) Horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

**GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9** matrícula mercantil 611199 - **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
*CEO grupo GESCONS S.A.S*

MARIO PAYÁN
*Gerente LATAM de GESCONS S.A.S*

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
*Representante legal / Gerente general de Gescons S.A. de. C.V.*

Dado en Colombia el 12 de marzo de 2024
https://www.gesconseduca.com/

# GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD

NIT: 900.792.444-9

## DANIEL MAURICIO SALAS REYES

## CC. 1083025413

## BASIC LIFE SUPPORT - ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

## B.L.S. - A.C.L.S

**Código:**
**G0140044537**

**DECRETO 1075-6 DEL 2015**
**MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

**RES. 2003 DEL 2014 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**

**EGRESADO: 12 de marzo de 2024**

**VALIDO POR DOS AÑOS**

***Cursó y aprobó el programa de BLS - ACLS. Guías Actualizadas 2020 - 2025 acorde los lineamientos estipulados por la AHA (American Heart Association)***

G01305650 – 1083025413

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

## DANIEL MAURICIO SALAS REYES

CC 1083025413

**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 13 enero de 2024 – Hasta 26 enero de 2024.
**GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD** NIT: 900.792.444-9 matrícula mercantil 611199 - **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA respaldado por la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN.**

@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ

LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
*CEO grupo GESCONS S.A.S*

MARIO PAYÁN
*Gerente LATAM de GESCONS S.A.S*

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
*Representante legal / Gerente general de Gescons S.A. de. C.V.*

Dado en Colombia el 26 enero de 2024.
https://www.gesconseduca.com/

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*

# *Daniel Mauricio Salas Reyes*

*CC 1083025413 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2023-01-28
Fecha de vencimiento: 2025-01-28

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

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Daniel Mauricio Salas Reyes*

CC: 1083025413

En el Curso de: **CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS**

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021.**

Realizado el **29** del mes de **Enero** del **2023** con una intensidad de 120 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Medico General
Coordinador Cientifico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

## *Daniel Mauricio Salas Reyes*

CC: 1083025413

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **31** del mes de **Enero** del **2023** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicióna.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA
## LA PARTICIPACIÓN DE

# *Daniel Mauricio Salas Reyes*

CC: 1083025413

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** GESTIÓN DE DUELO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **04** del mes de **Noviembre** del **2021** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

# Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



**Fecha:** 30/Ene/2024, **Hora:** 08:12:34 a.m.
**Apellido:** Salas Reyes **Nombre:** Daniel Mauricio
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1083025413
**Empresa:** Particular
**Cargo:** No Aplica
**Direccion:** Calle 21 N. 14-27 Alcazares
**Telefono:** **Celular:** 3166989076 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Peso:** Kg **Estatura:** M **IMC:** **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
**EPS:** Mutualser **ARL:** Sin Definir **AFP:** Colpensiones

**HC:** # 84884
**Edad:** 26 años
**Sexo:** Masculino ♂
**Nacim:** 22/Mar/1997
**Rh:** O+

## Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

## Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

## Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.

## Observaciones

**Mirta Nuñez Gutierrez**
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
**Lic. de S.O #:** 1725
**Registro #:** 386

Daniel Mauricio Salas Reyes
CC 1083025413

Huella Digital

COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE
Nit. 819.002.176-8
Cod. Hab. 470010047601

Santa Marta, 05 de febrero de 2024.

**COLSALUD S.A CLINICA MAR CARIBE.**
**NIT. 819002176-8.**

# CERTIFICACIÓN LABORAL

El señor(a) **SALAS REYES DANIEL MAURICIO,** identificado(a) con Cedula de ciudadanía N° 1083025413, laboró en esta empresa, desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**, desde el 10 de julio de 2023 al 05 de febrero de 2024, mediante contrato a término fijo inferior a un año.

Esta certificación se emite en la ciudad de Santa Marta, a solicitud del interesado.

Atentamente,

p/p Kelly Olivarez

**LILIANA DE LA ROSA ARIZA**
Jefe de Talento Humano.
**COLSALUD S.A. Clínica Marcaribe.**

Elaborado por:
Kelly Olivarez Guerrero
Auxiliar de Recursos Humanos



Powered by CamScanner

**Clínica La Milagrosa S.A.**
Puertas Abiertas Para Su Salud
Nit. 800.067.515-1

SA-CER735375 ST-CER735379 SC-CER167284

Santa Marta, 31 de Enero de 2024

**LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

**HACE CONSTAR**:

Que la señora, **DANIEL MAURICIO SALAS REYES,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.083.025.413** labora en esta institución como **MEDICO GENERAL** con un contrato a término fijo inferior a un año en los cargos y periodos comprendidos así:

Del 01-03-2023 – ACTUAL Medico General

Con una asignación Básica mensual de DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS ($2.625.000)

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

**DIANA PATIN AVILA**
Coordinadora de Talento Humano
gestionhumana@clinicalamilagrosa.co

# 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 1083025413 **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 12/03/2024 11:21 PM

Código Verificación: **DKL1U43ES8**

Válida hasta: **11/06/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Daniel Mauricio

Apellidos: Salas. Reyes.

Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. 1083025043

Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 03 Año 1997

Sistema Nacional de Salud
Subsistema de Información

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

SIS-153 (R94)

INSTITUCION U ORGANISMO

NOMBRE DEL VACUNADO Daniel Mauricio Salas

FECHA DE NACIMIENTO : DIA 22 MES Marzo AÑO 97

| TIPO DE BIOLOGICO | FECHA CITA | 1° O Unica DOSIS FECHA VACUNA | 2° DOSIS FECHA CITA | 2° DOSIS FECHA VACUNA | 3° DOSIS FECHA CITA | 3° DOSIS FECHA VACUNA | 1er REFUERZO FECHA CITA | 1er REFUERZO FECHA VACUNA | 2° REFUERZO FECHA CITA | 2° REFUERZO FECHA VACUNA | DOSIS ADICIONAL FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTIPOLIO | | 30/07/97 | | | | | | | | | |
| D.P.T | | 30/07/97 | | | | | | | | | |
| HEPATITIS B | | 30/4/97 | 30/05/97 | 30/5/97 | | | | | | | |
| T. T. | | | | | | | | | | | |
| TRIPLE VIRAL | 12/11/98 | | | | | | | | | | |
| ANTISARAMP | | | | | | | | | | | |
| B.C.G | | | | | | | | | | | |
| FIEBRE AMARILLA | | | | | | | | | | | |

FIRMA

NOMBRE DEL VACUNADOR

Dpto. Administrativo de Salud
Distrito de Santa Marta
Puesto de Salud Minuto de Dios

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubeola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 24/3/98 | D2221 | |
| | 2 | 24/9/98 | D2221 | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 24/3/98 | VFX1300P | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | 1 | 24/3/98 | VACUNA | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |

# Cruz Roja Colombiana
## Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: DANIEL MAURICIO

Apellidos: SALAS REYES

Documento de identidad: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] PASAPORTE [ ]
No. 1.083.025.913

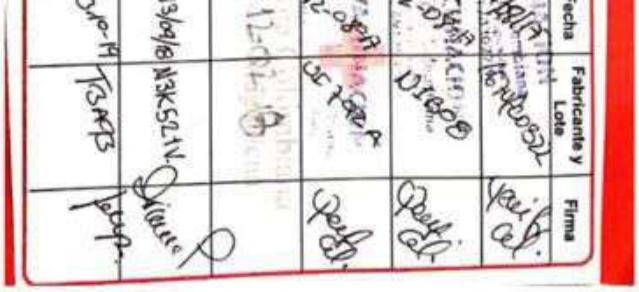
Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 03 Año 1997

Daniel Mauricio Salas Reyes - Danielsr212@gmail.com

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola Paperas | 1 | 11/08/17 | [illegible] | [illegible] |
| Toxoide Tétano Diftérico Td | 1 | 24/05/15 | D2221 | [illegible] |
| | 2 | 24/09/15 | T2221 | [illegible] |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 24/8/15 | JHA5008 | [illegible] |
| | 2 | 12/08/17 | JK16003 | [illegible] |
| | 3 | 13/9/18 | JK18005 | [illegible] |
| Virus Papiloma Humano | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Hepatitis A | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Influenza | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Hepatitis A | 2D | 12-02-19 | | |
| Hepatitis A | 2 | 13/09/18 | N3K521V | [illegible] |
| Influenza | 2 | 3-10-19 | T3AP3 | [illegible] |










| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Adacel | 0.5 | 3-10-19 | C5498AA | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena





[redacted]

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2024-01-29 08:25 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| DANIEL | MAURICIO | SALAS | REYES |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1083025413 |
|---|---|---|---|

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 | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD |
|---|---|

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $2.500.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $2.500.000,00 |

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 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $6.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

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

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

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

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

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

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

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

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **SALAS REYES DANIEL MAURICIO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1083025413** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

| | |
|---|---|
| Estado de la Afiliación: | **Activo** |
| IPS de atención: | **FUNDACION PROMAGDALENA** |
| Categoría: | **C** |
| Fecha de afiliación: | **24/11/2021** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 27 de enero del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

## Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



**LUIS BARRAZA**
**Director de Operaciones - Contributivo**
**infocontributivo@mutualser.org**
**MUTUAL SER EPS**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL MAURICIO SALAS REYES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1083025413,** se encuentra afiliado/a desde **05/11/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de enero de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA