

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Danna Paola Ramirez Toro identificado con Cédula No. 105293237 y Profesión Enfermera AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRIENECHE ESE (HUMB) 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 HUMB con fines de contratación.

FIRMA: Danna Ramirez Toro

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cédula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://al.humb.gov.co/usuarios/proveedores/natural.php		
4	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://humb.gov.co/gestion/institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla - Usuario SECCOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Condución- 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 (TICO- PROFESIONAL Médicos, Bachilleros, Psicólogos y Enfermeros (Fecha Vigente - Mes Actual).		
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) - Certificado Emiso 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 (Pediátricos) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal - NALS (Neonatal) (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 VÍCTIMAS 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/ o portal.registroenel sitio web .		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y RENuncia DE CONFLICTO DE INTERÉS - Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/funcionpublica/autenticacion/Declara 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://humb.gov.co/gestion/institucional/contratacion/proveedores/		

E-MAIL: dannapao175@gmail.com
Cel:3046405658

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.929.272**

RAMIREZ TORO

APELLIDOS
DANNA PAOLA

NOMBRES
Danna Ramirez



NGIC DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAR-1991**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
GRUPO SANGUINEO

F
SEXO

10-MAR-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amos Sanchez
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMOS SANCHEZ TORO



P-2152195-MAGDALENA-S-1990/04/02-20895134

0013344-1991-1

01/04/2008

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Ingrese número de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación 1062828272

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1062828272	RAMIREZ	TORO	DANNA	PAOLA	2022-07-18 2:09 am

El (la) suscrito(a) **DANNA PAOLA RAMIREZ TORO** identificado con C.C./C.E./P.P No. 1.082.829.272 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 12 del mes de MARZO de 2024.

Firma

Danna Ramirez Toro.

Nombre

DANNA PAOLA RAMIREZ TORO

Cédula

1082.929.272 DE SANTA MARTA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

ir un

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver Contrato

1 Información general

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Resumen

4 Documentos del Proveedor

ID del contrato en SECOP CO1.SLCNTR.12163782

5 Documentos del contrato

Número del contrato CD20241122

6 Información presupuestal

Versión del contrato 1

7 Ejecución del Contrato

Objeto del contrato

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR
ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL
UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

8 Modificaciones del Contrato

Tipo de contrato Prestación de servicios

9 Incumplimientos

Fecha de inicio del contrato 02/13/2024 23:00:00 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de terminación del contrato 10 días para terminar (31/03/2024 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Duración prevista del contrato 2 Meses

Tiempo adiciones en días 0 días

Proveedor(es) seleccionado(s) ☒ Sí ☐ No

Estado del contrato En ejecución

Liquidación ☐ Sí ☒ No

Obligación ambiental ☐ Sí ☒ No

Medio Ambiente

☐ Sí ☒ No

PostConsumoObligación

Reversión ☐ Sí ☒ No

Identificación de la empresa contratante



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

0 Recomendación(es)

COLOMBIA, Santa Marta



Identificación de la empresa proveedora



DANNA PAOLA RAMÍREZ TORO

0 Recomendación(es)

COLOMBIA, Santa Marta



Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor

Nombre del banco

Tipo de cuenta

Número de cuenta

DANNA PAOLA RAMÍREZ
TORO

Intervenientes de aprobación de contrato

Aprobación por proveedor

Usuario: Danna Paola Ramírez Toro
Fecha de aprobación: 02/06/2024 12:13:32 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Aprobación por el comprador

GERMAN

GAVIRIA

VARGAS

MOSQUERA

Fecha de

aprobación:

02/13/2024

19:14:41 ((UTC-

05:00) Bogotá,

Lima, Quito)

Contrato confirmado: [CO1_PCCNTR_5882635_Firmado](#)

Contrato En Ejecución: [CO1_PCCNTR_5882635_En ejecución](#)

Información del objeto

Perfil de contratación

Contratación régimen especial

electrónica

Operacion de negocio

Grupo de contratación SECOP II

Dossier del Comprador

PC-2024-014-AUXILIAR EN ENFERMERÍA-1

Referencia de respuesta

N / A

Cantidad del contrato

4.000.000,00 COP

Santa Marta 13 marzo 2024

Señor

GERMAN GAVIRIA

GERENTE

E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barrenechea.

Cordial saludo;

Asunto. Propuesta de trabajo

YO DANNA PAOLA RAMIRES TORO con CC. 1.082.929.272 de SANTA MARTA por medio del presente escrito ofrezco ante usted mi servicio como AUXILIAR ENFERMERIA en los diferentes servicios de esta prestigiosa institución. Con capacidad e interés por aplicar los conocimientos adquiridos y desarrollar habilidades que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de esta importante institución en salud, esperando cumplir con el perfil que necesitan.

Agradezco su atención prestada.

Atentamente,

Danna Ramirez Toro

DANNA PAOLA RAMIREZ TORO

CC.1.082.929.272 SANTA MARTA

CARERA 12 # 31-24 COREA

CORREO: DANNAPAO175@GMAIL.COM

CEL: 3046405658

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14967203187	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1082929272				6. DV 4	
12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta				14. Buzón electrónico 19	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1082929272	
27. Fecha expedición 20090310		28. País COLOMBIA		29. Departamento Magdalena	
30. Ciudad/Municipio Santa Marta		31. Primer apellido RAMIREZ		32. Segundo apellido TORO	
33. Primer nombre DANNA		34. Otros nombres PAOLA		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Magdalena		40. Ciudad/Municipio Santa Marta	
41. Dirección principal CR 10 32 A 05 BRR COREA		42. Correo electrónico dannapao175@gmail.com		43. Código postal	
44. Teléfono 1 3046405658		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
46. Código 8692		47. Fecha inicio actividad 20110428		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 20					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros			Exportadores		
54. Código			55. Forma		
56. Tipo			Servicio		
57. Modo			58. CPC		
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2023 - 12 - 12 / 14 : 50: 52					
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
984. Nombre RAMIREZ TORO DANNA PAOLA			985. Cargo CONTRIBUYENTE		



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 130 de 1995, 459 y 413 de 1998)

ENTRADA AUTOMÁTICA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RAMIREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TORO	NOMBRES DANNA PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 1.882.929.272	SEXO F ☐ M ☐	NACIONALIDAD RAE ☐ EOL ☐ EXTRANJERO ☐
LIBRETA SALUD		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NUMERO <input type="text"/> D.M. <input type="text"/>	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA PAS <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 10932^a 45	
DEPTO MAGDALENA	PAS <input type="text"/>	CULGUSA <input type="text"/> DEPTO MAGDALENA
MUNICIPIO SANTA MARTA	MUNICIPIO SANTA MARTA	TELÉFONO 3046485658 EMAIL dannapao175@gmail.com

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				PRIMOR DE GRADOS	
1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	MES	AÑO
										12	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

CLASIFICAR ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRITA

TE (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN), MS (MAESTRÍA O MAGISTERIO), DO (DOCTORADO O PhD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY

MODALIDAD	NÚMERO DE ESTUDIOS	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		Nº DE TARJETA PROFESIONAL
			O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	
TECNICO	1	X	TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA		Julio	2009	N/A

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE. LEA, ESCRIBA DE FORMA REGULAR (SI) SIEN (SI) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA		LO ESCRIBE		LO HACE REGULAR	
	S	MB	S	MB	S	MB

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Líneas 100 de 1000, 409 y 443 de 1000)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PRO
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	FECHA DE RETIRO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. ALFJANDRO PROSPERO REVERAND	PÚBLICA	PRIVADA	PRO
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3016477372-3154785101	FECHA DE INGRESO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	FECHA DE RETIRO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Av. Del Libertador #25-67	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO MIGUEL ANTONIO CAMPO	PÚBLICA	PRIVADA	PRO
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3154785101	FECHA DE INGRESO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	FECHA DE RETIRO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Calle 31#9-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PRO
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	FECHA DE RETIRO DÍA ____ MES ____ AÑO ____	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE EL FORMULARIO

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 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	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA MAGDALENA 11 DE DICIEMBRE 2023

Dannapaula Ramirez toro

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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 y en su nombre



En

Institución Educativa Distrital Magdalena

Sede 1 Instituto Magdalena

DE SANTA MARTA

Aprobada por resolución 384 de 26 Noviembre de 2002 de la Secretaría de Educación

Confiere a:

DANNA PAOLA RAMIREZ TORO

Con D. 1. 02699 De STA MTA

El Título de:

Bachiller Técnico

ESPECIALIDAD COMERCIAL

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

[Firma]
Director

[Firma]
Bachiller

Libro 001 Folio 031 Acta 028 Año 2007

Dado en STA MTA a 7 días de Diciembre de 2007

Powered by CS CamScanner

Powered by CS CamScanner

Powered by CS CamScanner

Powered by CS CamScanner

Powered by CS CamScanner



República de Colombia
Departamento del Magdalena

y en sus municipios



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

Decreto No. 2118 de 1968, modificado por Resolución No. 2142 de 1968 y por Resolución No. 13 de 1969, aprobados por Resolución No. 2142 de 1968 y por Resolución No. 13 de 1969, modificados por Resolución No. 13 de 1969 y No. 302 de junio 7 de 2006.

Entendiendo en cuenta que:

Danna Paola Ramírez Toro

C.E. No. 1.082.922.272 Expedida en Santa Marta

Concediéndosele la licencia de ejercicio profesional por el Centro y cumplido con todas las exigencias legales y reglamentarias, se confiere el certificado de:

"Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermería"

En conformidad de lo señalado en forma y fondo en la cedula de Santa Marta (Magdalena), a 26 de Enero de 2023.

Director CESMAG

Secretaria Académica



GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47 9223

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

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

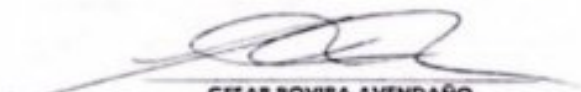
RESUELVE:

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

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 31 SET 2008


CESAR ROVIRA AVENDAÑO
Secretario de Salud del Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARÍA LUISA PEREZ RIVERA

Profesional Especializado: Área de Calidad en Salud



EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

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) DANNA PAOLA RAMIREZ TORO identificado(a) con CC 1082929272 registra La siguiente información:

2024-03-12 → 4:47:56 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo
---------------	-------------------------	-----------------------	--

AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2009-09-30
-----	-------	------------------------	------------

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).



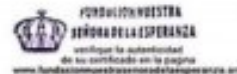
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Danna Paola Ramírez Toro

CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena

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

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

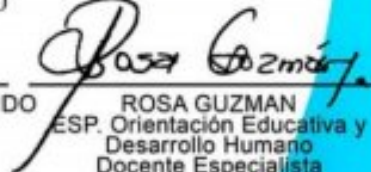




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901366232-1



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

Certifica

Danna Paola Ramírez Toro

CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-10

Fecha de vencimiento: 2025-06-10



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

Ed. Covalda.

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

(Signature)

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
C.P. 3208

Rosa Guzman

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



NIT. 901366232-1



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

Certifica

Danna Paola Ramírez Toro

c.c. 1082929272 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2022-03-04

Fecha de vencimiento: 2024-03-04



www.fundacionnuestraesperanza.org.co

Ed Covalda

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

(Signature)

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería

CP 3208
Docente.

Rosa Guzman

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humano
Docente Especialist

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



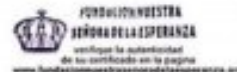
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Danna Paola Ramírez Toro
CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena

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

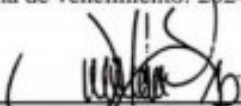
Fecha de emisión: 2022-03-04

Fecha de vencimiento: 2024-03-04

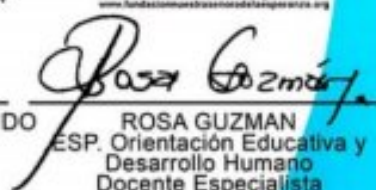




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

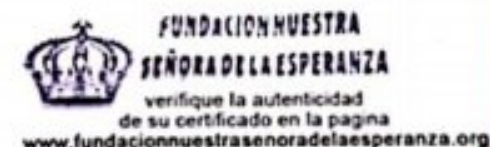


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Danna Paola Ramírez Toro
CC 1082929272 de Santa Marta - Magdalena

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

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



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

TIPO CERTIFICACION					
1. INGRESO []	2. PERIODO []	3. ACTIVO []	4. CONTROL []	5. POST RECAPACIDAD []	
6. REUBICACION []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []	

DATOS DEL PACIENTE	
FECHA: 15/05/2021	EMPRESA: PARTICULARES SD
NOMBRE: SANDY PAOLA RAMIREZ TORO	DNI: IDENTIDAD CC 106263072
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	EDAD: 39 AÑOS



SE PRATICARON LOS SIGUIENTES PARA CLINICOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[]	[X]
CONCEPTOS GENERALES		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA							
1. FUMAR []	2. ALCOHOL []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PNEUMONIA []	6. BRONQUITIS []	7. OTROS []	

RESUMEN	SI []	NO [X]	AL	SI []	NO [X]	SPS	SI []	NO [X]
CONTINUAR CONTROLES PERIÓDICOS DE OPTOMETRIA EN SPS Y USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION								
CONTROL DE PESO, HABIENDO Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON APORTE EN AUTOCUIDADO, PRUEBAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE SPP PROPIO A CARGO								
NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD PRESENTE DE RIESGO FRENTE A UNA INFECCION POR COVID-19 A LA FECHA, SEGUN CIRCULAR EXTERNA MI DEL 9 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE TRABAJO								
SE SUJETA SEGUN LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID-19 TALES COMO EL USO DE TAPACABECEROS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETO Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS								

Dr. Sandy Sierra V.
Esp. en Salud Ocupacional
BIO 1012112 Cx. 2291

SANDY SIERRA VILLA
CC 106267211
MEDICO OCUPACIONAL
TP 2361
RG 9012512

SANDY PAOLA RAMIREZ TORO
CC 106263072
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD

SALUD OCUPACIONAL, SANTA MARTA
(CARRERA 5 N. 388-25 31071142)
Email: saludocupacional@olimpusips.com
Fecha de Impresión: 15/05/2021 15:21



CAPTURA BIOMETRICA

CLAUSULAS ADICIONALES CD20233007

En Santa Marta, Entre los suscritos, **GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía N° 84.458.523 de santa marta (Magdalena), domiciliado y residenciado en la en la misma ciudad, en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 211 del 23 de mayo de 2023 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. N.º 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra, **DANNA PAOLA RAMIREZ TORO** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. **1082929272**, quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, **suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos:**

1. OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
2. OBLIGACIONES:	<ol style="list-style-type: none">1. Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía.2. Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.3. Ejecución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).4. Realizar ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica5. Realizar las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera.6. Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente7. Asistir a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos8. Apoyar a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento.9. Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, Etc., u otro procedimiento).10. Realizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.11. Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.12. Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.13. Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E



CLAUSULAS ADICIONALES CD20233516

En Santa Marta, Entre los suscritos, **GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía N° 84.458.523 de santa marta (Magdalena), domiciliado y residenciado en la en la misma ciudad, en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 211 del 23 de mayo de 2023 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. N.º 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra, **DANNA PAOLA RAMIREZ TORO** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. **1082929272**, quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos:

1. OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
2. OBLIGACIONES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía. 2. Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. 3. Ejecución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario). 4. Realizar ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica 5. Realizar las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera. 6. Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente 7. Asistir a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos 8. Apoyar a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento. 9. Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, Etc., u otro procedimiento). 10. Realizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno. 11. Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E. 12. Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. 13. Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E



CLAUSULADO CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO

Hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios de conformidad con lo previsto en el Manual de Contratación de la entidad, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO:** El objeto corresponde al señalado en los estudios y documentos previos, términos, condiciones y especificaciones contenidas en el estudio de necesidad, el cual hace parte integral del presente contrato **CLAUSULA SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que, por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades para el desarrollo eficiente de las obligaciones pactadas y que, en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, de parte del **CONTRATISTA**, en tal virtud: **1. El CONTRATISTA** se obliga a: **1)** Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor del contrato. **2)** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, las cuales hacen parte **INTEGRAL** del presente contrato, cuyo contenido conoce a cabalidad el **CONTRATISTA**. **3)** Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por **EL HOSPITAL**. **4)** Aportar al **HOSPITAL** la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados. **5)** Portar y usar sus EPI (Elementos de protección Individual) para realizar el servicio contratado y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe el **HOSPITAL**. **6)** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S)**, (salud, pensión, ARL) respectivamente. **7)** El **CONTRATISTA** se compromete a cumplir la política de fomento, protección y apoyo de la Lactancia Materna, en concordancia con lo establecido en la estrategia institución amiga de la Mujer y la Infancia IAMI. Integral y Banco de Leche Humana **8)** El **CONTRATISTA** se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedarán a cargo del coordinador, administrador o **CONTRATISTA** y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato. **9)** El valor cobrado dependerá de los servicios prestados por parte del **CONTRATISTA** y verificados por el supervisor del contrato. **10)** Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el **HOSPITAL** en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad. **11)** El **CONTRATISTA** manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestará sus servicios tales como seguridad en el paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad, entre otros, los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos. **12) TECNOSIGILANCIA: EL CONTRATISTA** asumirá la responsabilidad de reportar al área de calidad del **HOSPITAL**, cualquier evento adverso (suceso médico no deseado que ocurra a un paciente) y que no necesariamente tenga una relación causal con su actividad, incluyendo entre otros mal uso, abuso, falta de efecto de los medicamentos, sobredosis accidental, error de medicación, dependencia del medicamento, sospecha de transmisión de un agente infeccioso, exposición ocupacional y beneficio terapéutico inesperado por el consumo de productos y reclamo técnico de un producto (defecto de calidad obvio o sospechado, incluyendo cualquier hallazgo en su identidad, durabilidad, confiabilidad, seguridad, eficacia o funcionamiento, o cualquier sospecha de adulteración, contrabando y/o falsificación), de los cuales tenga conocimiento dentro de las 24 horas siguientes a su conocimiento, incluyendo: **a)** Nombre y dirección de quien reporta. **b)** identificación del paciente. **c)** Naturaleza y descripción del evento. **d)** Medicamento y/o producto. Los reportes de eventos adversos deberán dirigirse al **HOSPITAL**. **13)** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades del **HOSPITAL**. **CLAUSULA TERCERA – INFORMES:** El **CONTRATISTA** deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual en el cual especificará las actividades encomendadas y realizadas identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregará el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera. **CLAUSULA CUARTA: VALOR:** El valor se realizarán de acuerdo con lo establecido en los estudios y documentos previos, los cuales hacen parte integral del contrato. **CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO:** El presente contrato se pagará de acuerdo con lo establecido en los estudios y documentos previos, los cuales hacen parte integral del contrato, una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual junto con la verificación de los aportes al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S)**, y los documentos que soporten la prestación del servicio. **PARAGRAFO PRIMERO:** El presente valor estará supeditado a los turnos realmente cumplidos por el **CONTRATISTA**, estos serán confirmados por el área respectiva mediante la expedición de la certificación de actividades y/o a la asistencia de los turnos establecidos; además se podrán solicitar los documentos y medios de comprobación que el **HOSPITAL** considere necesario, el porcentaje de no cumplimiento será motivo de glosa del valor facturado por el **CONTRATISTA**. **PARAGRAFO SEGUNDO:** La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio que corresponda, que sea consecuencia del incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta, que hace parte del presente documento, sin justificación de ninguna especie, siempre que la inasistencia ocasione trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas en la orden que se genere, como si se tratara de una facturación devuelta, por defectos originados por la actividad

Carrera 14 No. 23-42 Barrio Los Alcázares - Santa Marta, Magdalena
Call Center: (57-5) 436 5007 - Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375



Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche



hujuliomendezb



hujuliomendezb

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 1082929272 **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 03:44 PM



Código Verificación: **XSL7UT8213**

Válida hasta: **10/06/2024**

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

Identidad y Ciudad

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Donna X
 Apellidos: KOMIEP Toro
 Documento de Identidad: CC: LN PASO: PUENTE No: 4082919272
 Fecha de Expedición: Día: 04 Mes: 03 Año: 1919

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxóide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12/01/19	UNICOLDS	José María
	2			
	3			

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Tipo de declaración Fecha de publicación

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

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1082929272"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="CONTRATISTA"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

SíNo

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:

SíNo

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:

SíNo

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 ☒

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 ☒

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 ☒

- 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:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Danna Paola Ramirez Toro** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1082929272**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082929272
NOMBRES Y APELLIDOS	Danna Paola Ramirez Toro
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/03/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2024
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	
CEDULA DE CIUDADANIA 1082929272 Trabajador Independiente Desde 01/03/2024 - Vigente	

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DANNA PAOLA RAMIREZ TORO** identificado con CC No. **1082929272**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	Fecha de inicio de cobertura: 01/09/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/01/2024 Fecha fin de Contrato: 31/03/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013271308.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 12 de Marzo del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

