	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 1	Código: FR-RH-97	
	DOCUMENTOS DE PROVEEDOR PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN.	FECHA VIGENCIA 2024/06/21	DOCUMENTO CONTROLADO	META

NOMBRE: [illegible] **OCUPACIÓN:** [illegible] **PROGRAMA:** [illegible]

No.	DOCUMENTOS PROVEEDOR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Propuesta			
2	Formato único hoja de vida de la función pública. SIGEP II	✓		
3	Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés	✓		
4	Copia documento de identificación. (copia de ambas caras legibles)	✓		
5	Foto Reciente 3 x 4, en físico o digital	✓		
6	Soportes que acrediten la formación académica consignada en la hoja de vida. (Diploma y Acta de	✓		
7	Soportes que acrediten la experiencia consignada en la hoja de vida.	✓		
8	Copia del Registro Unico Tributario RUT. (Vigente)	✓		
9	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años), este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	✓		
10	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (No mayor a 30 días)	✓		
11	Certificado afiliación sistema de salud, planilla afiliación o copia de ADRES, como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliación a pensión - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
12	Certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
13	Certificado de antecedentes fiscales, expedido por Contraloría General de la República - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
14	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
15	Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, RNMC - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
16	Certificación de antecedentes de delitos sexuales, expedido por la Policía Nacional de Colombia, Decreto No.753 de 2019 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
17	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente, Ley 2097 del 2 de julio del 2021 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
18	Declaración SARLAF – Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
19	Certificación de Compromiso de Seguridad y Confidencialidad - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
20	Certificado médico de salud ocupacional legible, expedición no mayor a un (1) año – Área de la Salud / No mayor a dos (2) años - Administrativos	✓		
21	Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Médicos certificación del Tribunal Nacional de Ética Médica)	✓		
22	Tarjeta profesional legible	✓		
	DOCUMENTOS ADICIONALES			
23	Certificado en Atención Integral en Víctimas de Violencia Sexual – (Personal Asistencial)	✓		
24	Carnet de Vacunación que incluya vacuna fiebre amarilla y Hepatitis B - (Personal Asistencial)	✓		
25	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud – RETHUS (Si aplica)	✓		
26	Póliza Responsabilidad Civil. (Médicos y especialistas - 200 SMMLV) - (Enfermero, Odontólogo. Bacteriólogo - 100 SMMLV)			
27	Diagnóstico y manejo clínico de dengue (OPS). (Si aplica)	✓		
28	Humanización del Servicio. (Si aplica)			
29	Certificación Regentes, expedida por la Secretaria de Salud del Meta. (Si aplica)			
30	Servicio al ciudadano – Certificado de Competencias Laborales. (Si aplica)			
31	Carnet Vacunas - Covid -19. (Si aplica)			
32	Curso en Alturas. (Si aplica)			
33	Certificación del curso de Enfoque Psicosocial para la atención integral en Salud de población Víctima del conflicto armado - PAPSIVI, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social o una entidad certificada en formación académica.			
	MÉDICO			
34	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.			
35	Constancia de asistencia en las acciones de formacion continua para la gestion del duelo.			
36	Constancia de formacion continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
37	Certificado de Donación de órganos.			
38	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT.			
	ENFERMERA/O (Los nueve (9) cursos) / **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** (Numerales 39, 40, 41, 42,43)			
39	Certificación en Programa Ampliado de Inmunización PAI.	✓		
40	Toma de Citología.	✓		
41	Soporte Vital Avanzado 40 horas - Enfermera / Soporte Vital Básico 20 horas – Auxiliar de enfermería.	✓		
42	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.	✓		
43	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.	✓		
44	Manejo del dolor y cuidados paliativos.	✓		
45	Asesoría de VIH.	✓		
46	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT	✓		
47	Retiro e Inserción de Implantes.	✓		
	ODONTOLOGO / TECNICO EN RADIOLOGÍA			
48	Curso en Radio Protección			
49	Otros			

NOTA 1: Las certificaciones que acreditan los cursos requeridos, debe tener vigencia no mayor a dos (2) años. Los documentos se deben aportar en una Carpeta cuatro aletas desacificada, color blanco.

NOTA 2: El proveedor debe estar registrado en la Plataforma Transaccional del Sistema Electrónico de Contratación pública - SECOP II y en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos – SIGEP II.

Los documentos de proveedor mencionados aplica para los Profesionales, Tecnológos, Técnicos, auxiliares administrativos y auxiliares de mantenimiento, del área Asistencial y Administrativa de La Empresa Socila del Estado del Departamento de Meta - E.S.E "SOLUCIÓN SALUD"

FIRMA QUIEN RECIBE:_____ FECHA:_____

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1026296169

SEXO: F ( ) M (X)

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 07 AÑO 2024

PAÍS: colombia

DEPTO: bogota

MUNICIPIO: bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: kr 18 k 64 f 33 sur

PAÍS: colombia DEPTO: bogota

MUNICIPIO: bogota

TELÉFONO: 3058104674 EMAIL: danielramirezsp96@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: bachiller academico

FECHA DE GRADO: MES 07 AÑO 2013

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PRESENCIAL	8	SI		ENFERMERO	06	2024	1026296169

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA	BOGOTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 05 MES 07 AÑO 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO	URGENCIAS	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTA	BOGOTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 10 MES 09 AÑO 2021	DÍA 30 MES 05 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO	GESTION DEL RIESGO	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTA

DANIEL RAMIREZ

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

FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Daniel Duvan Ramirez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.026.296.169 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	ATLANTICO	Municipio	BARRANQUILLA
Dirección	kr 18 k 64 f 33 sur			Teléfonos	323 5127011

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Anderson dayan ramirez	1.032.445.210	HERMANO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	1.500.000
TOTAL	$ 1.500.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24107808745	TUNAL	$ 50.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

DANIEL RAMIREZ

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

05/08/2024 puerto lleras

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.296.189
RAMIREZ RIAÑO

APELLIDOS

DANIEL DUVAN

NOMBRES





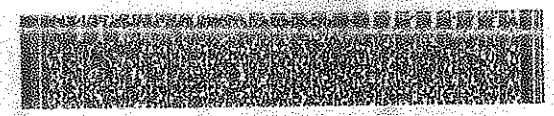
FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1995
SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-JUL-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00513060-M-1026296189-20140822 0039922795A 2 40211454



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA MEN [illegible]

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO
VIGILADA MINEDUCACION

CONFIERE EL TÍTULO DE

ENFERMERO

A

Daniel Dudán Ramírez Riaños

C.C. No. 1.026.256.169 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. A LOS 29 DÍAS DEL MES VI DE 2021

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

[illegible]

EXPEDIDO EL 30 DE VI DE 2021

No. 57673

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4171 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

VIGILADA MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO NÚMERO 5763

El Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad y el Secretario General, infrascritos

CERTIFICA

Que el estudiante DANIEL DEVAN RAMÍREZ PIÑÓN

Con cédula de ciudadanía No. 1026293159 de Bogotá D.C.

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de

acuerdo a los reglamentos académicos del Programa de ENFERMERÍA

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

ENFERMERO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá a

los 19 días del mes de JUNIO de 2021

VICTOR MANUEL MUÑOZ VIETO
RECTOR

NIMER ORTIZ MARTÍNEZ
DECANO

MARTHA LUCÍA CAMARGO G.
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO EN FOLIO 242 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 21

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RAMIREZ RIAÑOS DANIEL DUVAN ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,026,296,169 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	7568 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTION COMO ENFERMERO PARA EL MODELO DE SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 0016-2021 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$36,155,881
FECHA DE INICIO	19/10/2021
FECHA DE TERMINACIÓN	16/08/2022
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	ENFERMERO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Realizar los procesos de inducción del personal que se vincula al convenio que le sean asignados. 2. Acometer las acciones necesarias para implementar -en los hogares que lo requieran, la estrategia de relevo a cuidadores, bajo los lineamientos de SDS y en el marco del Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU). 3. Revisar periódicamente los resultados de la priorización y preselección de cuidadores. 4. Supervisar las gestiones de vinculación a la estrategia de relevo a cuidadores y hacer seguimiento a los avances en su implementación, en permanente coordinación con la SDS. 5. Participar en los Comités Técnicos y demás espacios de articulación y acompañamiento técnico entre las partes. 6. Implementar y hacer seguimiento a los controles que le sean asignados, dirigidos a garantizar la calidad de la información de acuerdo con lo estipulado en la guía operativa y de más documentos relacionados 7. Constatar la permanente disponibilidad del kit diagnóstico, servicio de transporte, insumos, elementos de protección personal, dotación, asignación de usuarios de registro y consulta a la Historia Clínica Digital y demás, establecidos por la SDS para la operación de los equipos territoriales. 8. Realizar y apoyar la elaboración de informes, reportes y demás documentos requeridos, así como también asistir a las reuniones convocadas por la SDS. 9. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad. 10. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. 11. Las demás que sean concertadas con el supervisor del contrato según necesidad.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los siete(7) días del mes de Agosto de 2024.

Cordialmente,

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

© Siasur - 2020

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RAMIREZ RIAÑOS DANIEL DUVAN ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,026,296,169 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	6973 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PARA EL EQUIPO DE SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO NO. 0002-2022 SUSCRITO ENTRE FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$35,921,284
FECHA DE INICIO	09/09/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	01/05/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	PROFESIONAL EN ENFERMERIA

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. 3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas. 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). 7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. 10. Verificar la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. *Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaria de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los siete(7) días del mes de Agosto de 2024.

Cordialmente,

© Siasur - 2020



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

© Siasur - 2020

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) RAMIREZ RIAÑO DANIEL DUVAN; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,026,296,169 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	5936 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$55,264,661
FECHA DE INICIO	05/05/2023
FECHA DE TERMINACIÓN	31/05/2024
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. 3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas. 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). 7. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur. 8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural. 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. 10. Verificar la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. *Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los siete(7) días del mes de Agosto de 2024.

Cordialmente,

© Siasur - 2020

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

© Siasur - 2020

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14780025733

(415)7707212489984(8020) 000001478002573 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 6 2 9 6 1 6 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	RIAÑO	DANIEL	DUVAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 18 K 64 F 33 SUR

42. Correo electrónico: danielcancer2010@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 5 8 1 0 4 6 7 4	3 1 8 3 3 8 9 8 8 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 1 0 8 1 3	8 6 9 2	2 0 2 1 0 9 1 5					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3
54. Código	57. Modo
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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 2021 - 09 - 15 / 08 : 49: 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ RIAÑO DANIEL DUVAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1026296169, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	DANIEL
Segundo Nombre:	DUVAN
Primer Apellido:	RAMIREZ
Segundo Apellido:	RIAÑOS
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1026296169
Razón para el estado:	En Liquidación
Estado del ciudadano:	Por Liquidar

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 11 días del mes de Agosto de 2024, a las 1:08:01 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIANOS Identificado con CC 1026296169

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CIUDAD TUNAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24107808822
Fecha de apertura:	20 de Agosto de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 26 de Julio de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia | Banco Caja Social

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026296169
NOMBRES Y APELLIDOS	Ramirez Riaños, Daniel Duvan
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente,
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	03/02/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ramirez Riaños, Daniel Duvan, a los 04 días del mes de agosto del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1026296169,** se encuentra afiliado/a desde **27/04/2015** 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 11 de agosto 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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 252093103

PIB
15:35:58

Bogotá DC, 07 de agosto del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026296169:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 07 de agosto de 2024, a las 15:39:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1026296169
Código de Verificación	1026296169240807153944

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:40:51 PM horas del 07/08/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1026296169**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ RIAÑOS DANIEL DUVAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/08/2024 03:58:28 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1026296169 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **99771632** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1026296169 **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 07/08/2024 07:30 PM

Código Verificación: **AWVLXE815Y**

Válida hasta: **06/11/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:24:14 horas del 07/08/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1026296169,** Apellidos y Nombres **RAMIREZ RIAÑOS DANIEL DUVAN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DANIEL RAMIREZ**, con NIT **102629616-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

DECLARACIÓN SARLAF

En cumplimiento del Manual de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCIÓN SALUD.

Yo, KAREN YURANY GONZALEZ RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía N0 1116781032 de Arauca, obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

- Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis/sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que yo (o la persona natural o jurídica que represento) no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
- Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico acordado con la ESE SOLUCIÓN SALUD. no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique.
- Que la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementados las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se derivan de dichas disposiciones legales
- Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la Junta Directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro o que alguna de las personas mencionadas figura en dichas listas.
- Que no existe contra mí o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en

dichas bases de datos públicas que puedan colocar a la ESE SOLUCIÓN SALUD frente a un riesgo legal o de reputación.

- Que, en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la ESE SOLUCIÓN SALUD
- Que, con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado, y por lo tanto autorizamos a la ESE SOLUCIÓN SALUD a comunicar a las autoridades nacionales o de cualquiera de los países en los cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD realice operaciones, sobre alguna cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes de dichos países, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que la ESE SOLUCIÓN SALUD efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.
- Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD es veraz y exacta, estando ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.
- Que ninguna otra persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
- Qué conozco, declaro y acepto que la ESE SOLUCIÓN SALUD está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de la ESE SOLUCIÓN SALUD, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.
- Declaro que la totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con la ESE SOLUCIÓN SALUD, se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros. Solo aplica para el registro de clientes.

Se expide a los ___07___ días del mes agosto de del año 2024

FIRMA Daniel Ramirez

NOMBRE: DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C 1.026.296.169 de Bogota

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo **Daniel Duvan Ramirez Riaños**, identificada con la cédula No. 1.026.296.169 de Bogota, obrando en nombre propio me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los 03 días del mes de julio del año 2024.

DANIEL RAMIREZ

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS
CC. 1.026.296.169 DE BOGOTA

OFAC

Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List

Sanctions List Search: Rules for use

Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List

Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑ(	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	1026296169	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 8/28/2024 10:11:51 AM
Non-SDN List last updated on: 8/20/2024 10:05:23 AM

EL DIVINO NIÑO JESUS

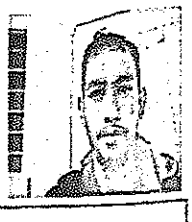
Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.1001056590l
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



VALORACIÓN VISUAL LABORAL

EXAMEN DE: VISIOMETRIA		
NOMBRE: DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAOS		Fecha de Realizacion: 14/06/2024
GENERO: MASCULINO		DOCUMENTO NO.: 1026296169
EMPRESA: INDEPENDIENTE	FECHA NACIMIENTO: 15/07/1996	EDAD: 27 Años
EPS: EPS SANITAS		CARGO: PARTICULAR
		ARP:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación: ENFERMERO JEFE - Tiempo en este Oficio: 1 VEZ
Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: SI - Cual:

Oficios Anteriores - Tiempo:

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Le Han Practicado Alguna Visiometria Anteriormente: SI - Fecha del Examen 7 MESES

Tiene Lentes Formulados: SI - Hace Cuanto: 1 AÑO - Fecha Ultimo Cambio de Lentes 7 MESES

Usa Lentes Actualmente: SI - Tipo de Lentes: De Contacto - Forma de Uso: Permanentes

EXAMEN EXTERNO: OD - NORMAL OI - NORMAL	ESTADO MOTOR: NORMAL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL:	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
LEJOS OD:		20/30 LCB
OI:		20/20 LCB
AO:		20/20 LCB
CERCA OD:		20/25 LCB
OI:		20/20 LCB
AO:		20/20 LCB

Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes | IDX - AMETROPE

Uso de Correción Visual - SI - Observaciones:

Cromatica: Normal - Observaciones:

Interpretación: PTE CON DIFICULTAD DE LEJOS Y CERCA, MEJORA CON RX EN USO PERMANENTE

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Remisión EPS	Remisión Optometria
Usar Elementos de Protección Visual Adecuados	Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica	

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional
ANGELA PATRICIA PRIETO VELANDIA
LICENCIA No. 436 DE 16/01/2020

TRABAJADOR

Carrera 24 No. 26-30/36 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tel: 278 5555 - 366 5292 - 269 1547
cel: 311 265 5441 - 301 541 2952
umedltda@gmail.com - www.umedltda.com

UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional Si mantiene todos los protocolos de Bioseguridad para SARS-COV-2 (COVID-19) según la Resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril 2020

Realizar sus evaluaciones e Intervenciones médicas aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud. UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Especialistas en Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva en Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

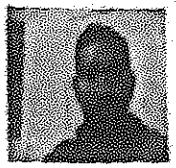
UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit. 830.015 694-4

Código de prestador de servicios de salud No. 110013605168 Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 15 de 1997

Dra. María Luisa Medina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Luz de Protección de Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 1401 de 07/05/2019 de la Secretaría de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 1025372

FECHA : 14/06/2024 HORA:7:59		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: DANIEL DIVAN RAMIREZ RIAOS		DOCUMENTO: 1026208169	EDAD: 27 GENERO: M
Empresa: INDEPENDIENTE		Cargo: PARTICULAR	Tel: 3018104874

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicologia Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA	Parcial de Orina	NA
Glicemia	NA	RH-Grupo Sanguineo	NA
Colesterol	NA	KOH Uñas	NA
Triglicéridos	NA	Frotis Faringeo	NA
Serologia	NA	Coprologico	NA

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE. RESTRICCION: REQUIERE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE.;

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduada	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	SI	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tensión Arterial	NA	Control Espirometria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este procedimiento es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran los procedimientos. He sido informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Las autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada en el presente a entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegurar estar de acuerdo con el presente. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.1058 DE 16/03/18
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No.

UMED LTDA. I.P.S. Nit. 830.015.694-4 Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Medico que examina es Especialista en Salud Ocupacional con licencia vigente

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Suero Antiofídico

Carrera 21 N° 00/06 Su
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.: 278 5535 - 366 5291 - 249 165
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 299
umeditda@gmail.com - www.umedips.co

Powered by CamScanner

GOBIERNO DE COLOMBIA

[redacted]

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO



DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169

Universidad Antonio Nariño

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición Tarjeta: 29/06/2021

Fecha de Inscripción en Registro: 06/06/2021

44886

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

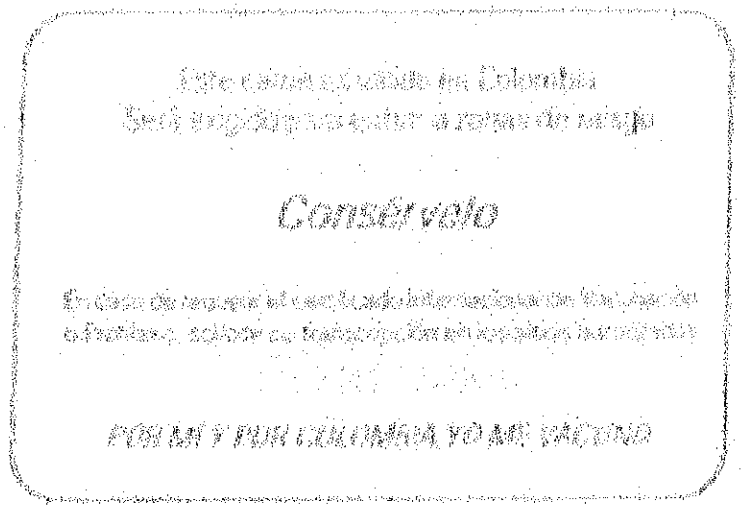
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

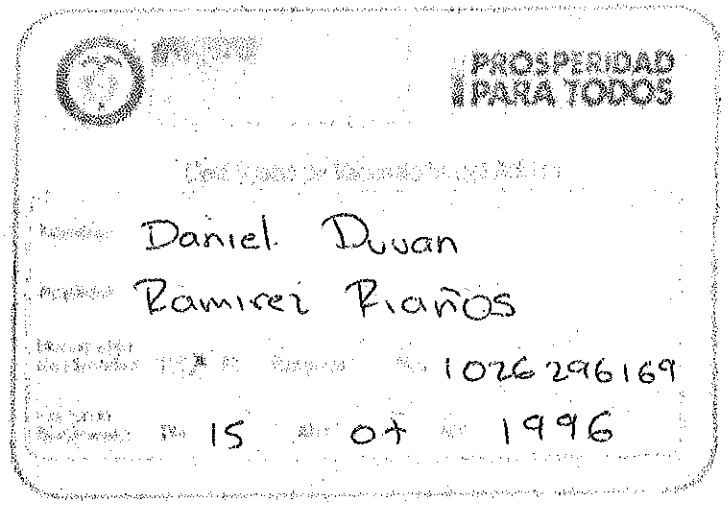
DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024.

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN



Conservalo



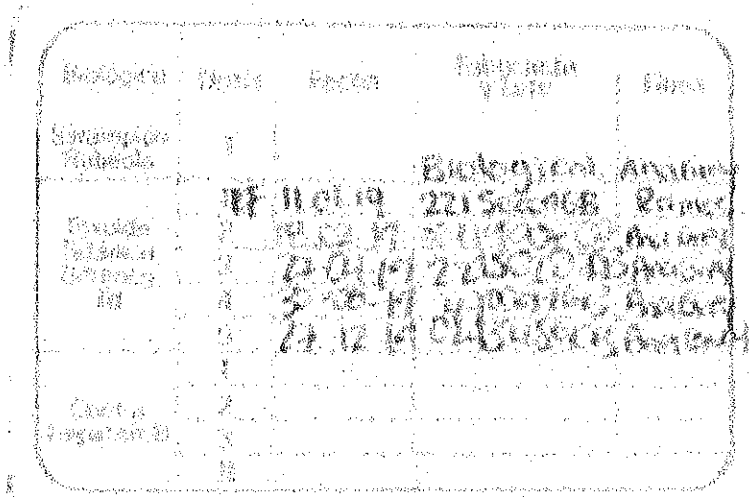
PROSPERIDAD PARA TODOS

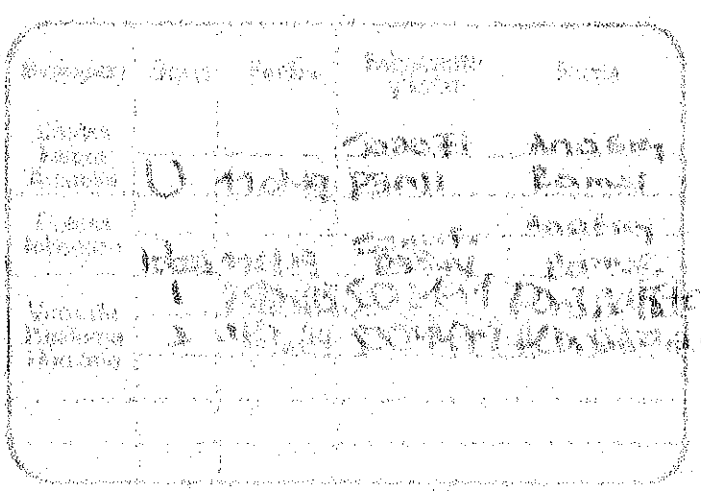
Daniel Duvan

Ramirez Riaños

1026296169

15 of 1996





Powered by CamScanner

ReTHUS

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

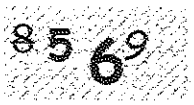
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1026296169

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3195

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-08-11→1:06:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1026296169	DANIEL	DUVAN	RAMIREZ	RIANOS	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 DUVAN RAMIREZ RIANOS identificado(a) con CC 1026296169 registra La siguiente información:

2024-08-11→1:06:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-08-05	1026296169	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-03-26	3618	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

DIAGNOSTICOS Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL AVANZADO

Realizado los días 07 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 40 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS POR ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ASESORIA DE VIH

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

*C.C. 1.*026.296.169 DE BOGOTA D.C *(*BOGOTA D.C*)*

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCION INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION AGUDA DNT.

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

C.C. 1.026.296.169 DE BOGOTA D.C (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

RETIRO E INSERCION DE IMPLANTES

Realizado los días 08 al 09 de AGOSTO de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2025.

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3605918097

PÓLIZA No: 360 -89 - 994000000530 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA — COD. AGE: 360 — RAMO: 89 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
22 / 08 / 2024		21 / 08 / 2024 / 23:59		21 / 08 / 2025 / 23:59		365	22 / 08 / 2024

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS
	21 / 08 / 2024 / 23:59		21 / 08 / 2025 / 23:59		365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS — IDENTIFICACIÓN: CC 1026.296.169
DIRECCIÓN: CL 59 C SUR 60 19 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 7300000

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS — IDENTIFICACIÓN: CC 1026.296.169
DIRECCIÓN: CL 59 C SUR 60 19 — CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELÉFONO: 7300000
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

DIRECCION: CARRERA 0 No. 0-0 KR 18 K 64 F 33 SUR

ACTIVIDAD: ENFERMERA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		$ 100,000,000.00	
	RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
	SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
	GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS
ASEGURADO: DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS

BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: KR 18 K 64 F 33 SUR
PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION: N/A

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$******7,500.00	$ *******11,866	$ **********74,315

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
G.B. BARRETO Y CIA LTDA	2830	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000360591809

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CD0E207D060EF47E56 CLIENTE ESAENZ 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Comprensión de Sanitas

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000000530** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

ASEGURADO: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
" Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
" Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
" Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
" Gastos de Defensa: sublimite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
" Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
" Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
" Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
" Cláusula de no renovación tácita o automática.
" Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

" Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
" Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
" Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
" Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000000530** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

ASEGURADO: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
" Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
" Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
" Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
" Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
" Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
" Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:
2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

" EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
" CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA | COD. AGENCIA: 360 | RAMO: 89 | No PÓLIZA: **994000000530** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** | IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

ASEGURADO: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** | IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** | IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

REQUISITOS PARA LA EMISION:

La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas.
" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.
" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman para de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
" Suministro de la Tarjeta Profesional vigente, la cual debe estar vigente al momento de la cobertura de la presente póliza.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SANTA PAULA COD. AGENCIA: 360 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000000530** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

ASEGURADO: **DANIEL DUVAN RAMIREZ RIAÑOS** IDENTIFICACIÓN: CC **1026.296.169**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria de Colombia.

CLIENTE

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/08/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	822006595	**Cédula Usuario:**	CC 40438179
Nombre:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD				
Dirección:	CL 37 41 80				
Departamento:	META	**Municipio:**	VILLAVICENCIO		
Correo electrónico:	NOMINA@ESEMETA.GOV.CO				
Teléfono:	6621224	**Tarifa:**	2.436		
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 40438179	SANDRA MILENA PEÑA BELTRAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	475	15/08/2024	CC 1192743177	DIAZ MEJIA NATALIA	3	2.436	Independiente
2	474	15/08/2024	CC 1129513485	DE LA HOZ RODRIGUEZ SINDY	3	2.436	Independiente
3	473	15/08/2024	CC 1121146665	LIEVANO MONTAÑEZ ARYD	3	2.436	Independiente
4	472	15/08/2024	CC 1026296169	RAMIREZ RIAÑOS DAVID	3	2.436	Independiente
5	471	15/08/2024	CC 1018513225	BERNAL SUAREZ LEYDI	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5F1EC6409D57BB254953B4E130C83F61 Certificado impreso el día 8/14/2024 5:41:51 PM por el portal de cargue masivos

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170, Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co
Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia
El emprendimiento es de todos Mintrabajo