E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND SANTA MARTA D.T.C.H.	**LISTA DE CHEQUEO PRE PRECONTRACTUAL CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico — Vigilado Supersalud

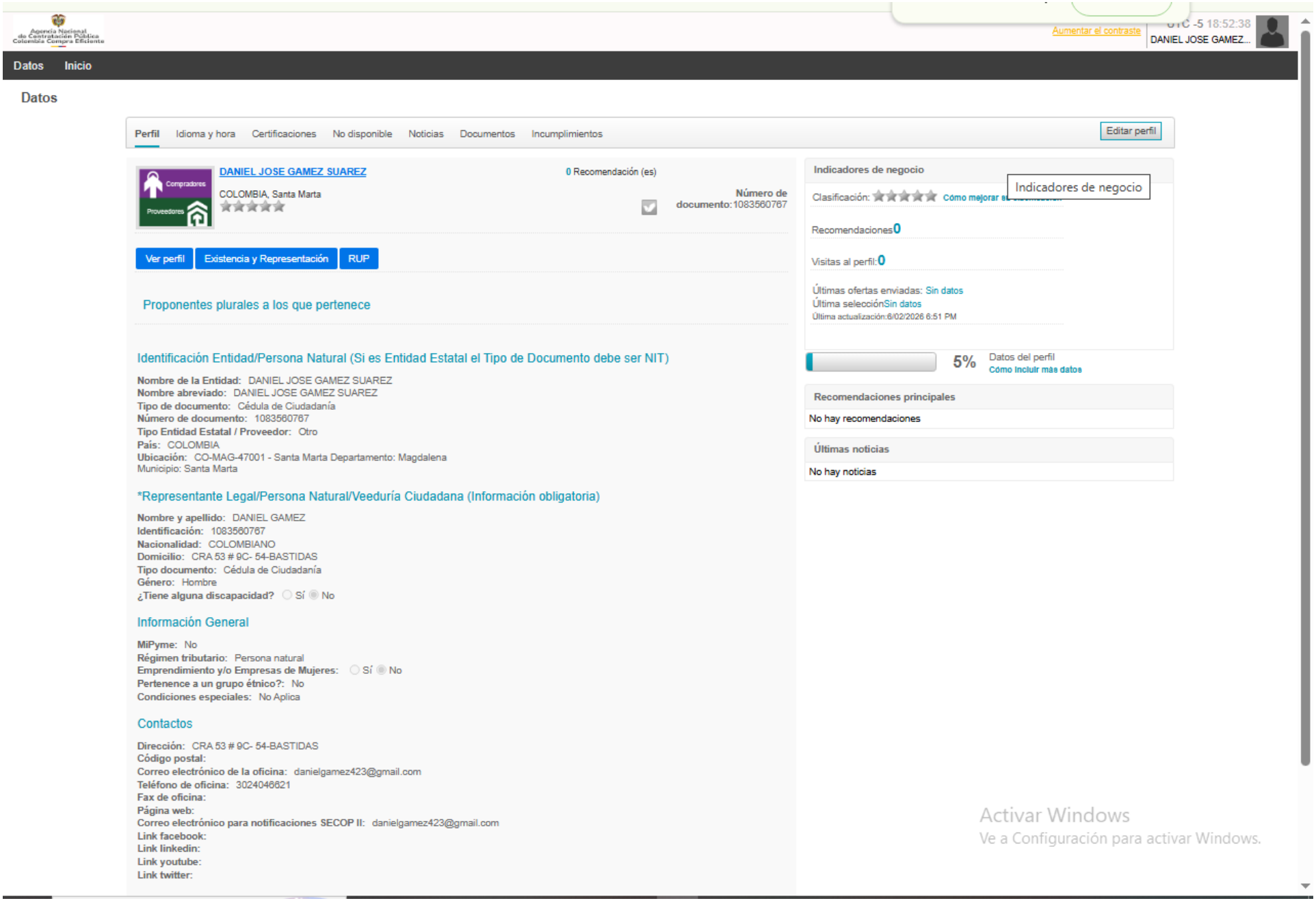
CONVENIOS

Código: F-M-PYM-005	**Versión: 005 |16/diciembre/2025**	**Fecha de creación: 29/MAYO/2024**

NOMBRE CONTRATISTA	DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ

ITEM	DOCUMENTO	SI	NO	N/A
1	Captura de pantalla usuario en SECOP II			
2	Captura de pantalla usuario creado en la plataforma de Mi Seguridad Social			
3	Propuesta de Servicios			
4	Hoja de Vida **SIGEP II** si es antiguo en la ESE o Formato Unico de Hoja de Vida persona Natural en caso de ser nuevo contratista en la ESE			
5	Formato de DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Descargar en la pagina: (www.funcionpública.gov.co)			
6	Captura de pantalla de formato de bienes y rentas y conflicto de interes diligenciado en la pagina web anteriormente mencionada			
7	Copia Cédula de Ciudadanía (imagen clara)			
8	Copia Libreta militar o Certificado de definición de Situación Militar (Hombres menores de 50 años)			
9	Registro Unico Tributario- RUT (Debe contar con su actividad economica acorde a la labor a desempeñar y en el númeral 53 del RUT contar con el código **49)**			
10	Formato autorización para el tratamiento de datos personales (Diligenciar en la pagina Web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**)			
11	Formato compromiso de confidencialidad y no divulgación de información (Diligenciar en la pagina Web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**)			
12	Certificado registro alimentario morosos - REDAM (Vigencia de descarga: máximo 1 mes antes de la fecha de contratación)			
13	Certificados académicos y actas de grado (Bachiller, Pregrado y Posgrados)			
14	En caso de haber realizado estudios en el extrajero, anexar resolucion de convalidacion de titulo en Colombia (Titulo profesional)			
15	Certificado de Ética - Aplica solo para: **(Titulo profesional)**			
16	Tarjeta Profesional (Imagen visible y clara)			
17	Resolución Secretaría de Salud Departamental Personal Asistencial.			
18	RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.			
19	Soportes Documentales de Estudios. - **Médicos, Jefes de enfermería y Auxiliares de enfermería:** 1)Código Gris, 2)IAMI y 3)AIEPI. -**Psicólogos:** 1)Código gris			
20	Certificados de Experiencia Laboral (mínimo 1 año de experiencia relacionada)			
21	Certificado de Afiliación en Salud (cotizante independiente)			
22	Certificado de Afiliación en Pensión (cotizante independiente)			
23	Certificado SARLAFT- Persona Natural (Diligenciado en la pagina web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**)			
24	Certificado de Cuenta Bancaria			
25	Examen de Ingreso Preocupacional (No mayor a 3 años de vigenia de acuerdo al profesiograma establecido para el proceso, el cual lo encontran en la pagina web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**)			
26	Poliza de responsabilidad civil medica (equivalente al 20% del valor del contrato y durante la ejecucion del mismo) **(Titulo profesional)**			

Vb° Talento Humano	
NOMBRE	
CARGO	
FECHA	
FIRMA	


Aumentar el contraste
UTC -5 18:52:38
DANIEL JOSE GAMEZ...
Datos
Inicio
Datos
Perfil
Idioma y hora
Certificaciones
No disponible
Noticias
Documentos
Incumplimientos
Editar perfil
Compradores
Proveedores
DANIEL JOSE GAMEZ SUAREZ
0 Recomendación (es)
COLOMBIA, Santa Marta
Número de documento: 1083560767
Ver perfil
Existencia y Representación
RUP
Proponentes plurales a los que pertenece
Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)
Nombre de la Entidad: DANIEL JOSE GAMEZ SUAREZ
Nombre abreviado: DANIEL JOSE GAMEZ SUAREZ
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1083560767
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otro
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena
Municipio: Santa Marta
*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)
Nombre y apellido: DANIEL GAMEZ
Identificación: 1083560767
Nacionalidad: COLOMBIANO
Domicilio: CRA 53 # 9C- 54-BASTIDAS
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Género: Hombre
¿Tiene alguna discapacidad? Sí No
Información General
MiPyme: No
Régimen tributario: Persona natural
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: Sí No
Pertenence a un grupo étnico?: No
Condiciones especiales: No Aplica
Contactos
Dirección: CRA 53 # 9C- 54-BASTIDAS
Código postal:
Correo electrónico de la oficina: danielgamez423@gmail.com
Teléfono de oficina: 3024046621
Fax de oficina:
Página web:
Correo electrónico para notificaciones SECOP II: danielgamez423@gmail.com
Link facebook:
Link linkedin:
Link youtube:
Link twitter:
Indicadores de negocio
Clasificación:
Cómo mejorar el
Indicadores de negocio
Recomendaciones 0
Visitas al perfil: 0
Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:6/02/2026 6:51 PM
5%
Datos del perfil
Cómo incluir más datos
Recomendaciones principales
No hay recomendaciones
Últimas noticias
No hay noticias
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Bienvenido al menú principal

DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ

Rol seleccionado: Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud: COOSALUD EPS S.A.
Régimen contributivo - cotizante

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

Ciénaga Magdalena, 16 de Enero de 2026

DOCTOR
HAROLDO JOSÉ PIZARRO NAY
GENRENTE ESE ALEJANDRO PROSPERÓ REVEREND
E.S.D.

ASUNTO: PROPUESTA DE SERVICIO

Cordial saludo:

De la manera más atenta me dirijo a usted y por su digno intermedio a quien corresponda liderar la propuesta de servicio, la cual tiene como propósito ejecutar la "**PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO MÉDICO**" aceptando por tanto las condiciones establecidas en los estudios previos.

Queremos proyectar desde nuestro lugar de trabajo brindar cuidado integral de enfermería a la persona, familia y comunidad, además con habilidades para desarrollar actividades preventivas, promocionales en todos los ciclos de vida.

Atentamente,



DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ
C.C. 1.083.560.767 Ciénaga (Magdalena)
CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Gamez	Sanchez	Daniel Jose

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1083560767	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 07 AÑO 2002

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 53 9C 54 BASTIDAS

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3024046621 EMAIL danielgamez423@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	05	2025	1083560767

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
GRUPO GESCONS MX	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	06	2025
GRUPO GESCONS MX	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	56	X		AIEPI CLÍNICO Y NEONATAL	07	2025
EDUCACIÓN EN SALUD AL ALCANCE DE TODOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ESTRATEGIA IAMI(INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA	01	2026

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CARDIO VIDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE CUIDADOS INTENSIVOS	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 23 42 PISO 1 Y 5					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, Magdalena 16 de enero 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-19 13:43

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIEL	JOSE	GAMEZ	SANCHEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083560767

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Inicio | Declaración de Ley 2013 de 2019 | Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) | Opciones de usuario

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación ▼	Estado
	3547754-02 Corrección de 3547754-01	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	2026-01-19 13:43	2026-01-19 13:43	FINALIZADO
	3547754-01 Declaración inicial	HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA	CONTRATISTA	INGRESO	2026-01-16 17:41	2026-01-16 17:43	FINALIZADO

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO
1.083.560.767

APELLIDOS
GAMEZ SANCHEZ

NOMBRES
DANIEL JOSE



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-2002
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.86 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-AGO-2020 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2100100-01151077-M-1083560767-20200804 0071411513A 1 8500527066

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor DANIEL JOSE GAMEZ SUAREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1083560767, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	DANIEL
Segundo Nombre:	JOSE
Primer Apellido:	GAMEZ
Segundo Apellido:	SUAREZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1083560767
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	En registro

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 7 días del mes de Febrero de 2026, a las 6:02:06 PM.

Cordialmente,



Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141198669676

(415)7707212489984(8020) 000014119866967 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 5 6 0 7 6 7	5	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 5 6 0 7 6 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAMEZ	SÁNCHEZ	DANIEL	JOSÉ

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 54 # 9 C - 54

42. Correo electrónico: danielgamez423@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 1 0	2 0 2 5 0 7 2 5	8 6 2 1	2 0 2 5 0 7 2 5			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 GAMEZ SÁNCHEZ DANIEL JOSÉ

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el **20 DE ENERO DEL 2026**

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1.083.560.767

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ,** identificado(a) con **CC.1.083.560.767**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

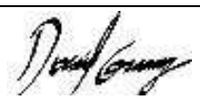
Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el **20 DE ENRO DEL 2026**

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	**DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	**1.083.560.767**

Vigilado Supersalud

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 1083560767 **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 16/01/2026 05:00 PM

Código Verificación: **P2J41QXBZL**

Válida hasta: **16/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290879590

PIB
19:23:21

Bogotá DC, 06 de febrero del 2026

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 JOSE GAMEZ SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083560767:

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 Politica 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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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.

La República de Colombia
y en su nombre, el

Institución Educativa Distrital Antonio Nariño

SANTA MARTA - MAGDALENA
APROBADO POR RESOLUCIÓN No. 0013 DEL 26 DE ENERO DEL 2006 Y
RESOLUCIÓN No. 0882 DEL 01 DE JUNIO DEL 2018

Confiere a:

Daniel José Gámez Sánchez

Identificado(a) con T.I. No. 1.083.560.767 de Santa Marta

El Título de:

Bachiller Técnico-Comercio

En Contabilización De Operaciones Comerciales y Financieras

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según programa de estudio, Ley 115 de 1994 y Ley 715 de 2001, Decretos 1860 de 1994 - 230 del 2002 - 1290 del 2009 y el Proyecto Educativo Institucional

Lic. Jose Rafael Caballero Miranda
C.C 12.545.696 Santa Marta
Rector

Zoila Rosa Padilla Polo
C.C 57.301.900 de Pivijay - Magd
Secretaria

Libro de Registro.No. 003 Acta No. 019 Folio No. 024

Dado en Santa Marta - Magd., a los 6 días del mes de Diciembre del año 2018

Este Diploma no requiere registro, Decreto No.921 del 06 de Mayo de 1994, expedido en el M.E.N.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ

con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.560.767 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICO

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 25 de julio de 2025

Libro de Registros No. 0090420251 Folio No. 035 Registro No. 0341
Refrendado en Santa Marta el día 24 de julio de 2025

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

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

Registros y Diplomas: Julio Atanasio Linero Teran

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-6176-2025

PROGRAMA:	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	25 DE JULIO DE 2025
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.560.767 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICO.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 020 en sesión del día 04 de julio de 2025.

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

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 25 de julio de 2025

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

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

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108356076700298198
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1083560767 y T.P. o R.M. No. 1083560767 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 20 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

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 *

1083560767

Primer Nombre

DANIEL

Primer Apellido

GAMEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4789

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-01-16→5:09:06 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1083560767	DANIEL	JOSE	GAMEZ	SANCHEZ		V

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 JOSE GAMEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 1083560767 registra La siguiente información:

2026-01-16→5:09:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2025-07-29	140989	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa	Enti

Prestación	Lugar Prestación	Prestación	Inicio	Fin	Prestación	Prestación	Report
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLE MEDI COLOMI

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

GOV.CO

GRUPO CESCONSEDUCA

Gescons MX

Dr. Rawdy
Medicina interna

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ

CURSO-TALLER

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico-práctico. Con una intensidad de cuarenta (40) horas. Con fecha de expedición de: 14/6/2025

GRUPO GESCONSEDUCA S.A.S. NIT: 901.823.268 - 7 matrícula mercantil 890.161 -
GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V. RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

RAWDY REALES
DIRECTOR CIENTIFICO GRUPO GESCONSEDUCA SAS

53ad60d4-dbac-4c10-b23d-afde9d593fc1

Educación en Salud

Al alcance de todos

Certifica que

Daniel Jose Gamez Sanchez

Completo satisfactoriamente el curso de **Estrategia IAMI (Instituciones amigas de la mujer y la infancia)**;
con una duración de 40 horas.

El presente se otorga a solicitud del interesado y es
valido por 2 (dos) años a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **17 de enero de 2026**

MD. Jairo Santana
Gerente

MD. Juliana Escandón
Directora Científica - instructora AHA

GRUPO CESCONSEDUCA

Gescons MX

Dr. Rawdy
Medicina interna

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ

CURSO:

A.I.E.P.I. - CLÍNICO Y NEONATAL

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico-práctico. Con una intensidad de cincuenta y seis (56) horas. Con fecha de expedición de:

11/7/2025

GRUPO GESCONSEDUCA S.A.S. NIT: 901.823.268 - 7 matrícula mercantil 890.161 -
GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V. RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

RAWDY REALES
DIRECTOR CIENTIFICO GRUPO GESCONSEDUCA SAS

CARDIOVIDA SANTA MARTA SAS
NIT: 901.380.322-4
CR A 14 # 23-42 PISO 1 Y 5

CERTIFICA:

Que el/la señora(a) DANIEL JOSÉ GÁMEZ SÁNCHEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.083.560.767, prestó sus servicios mediante contrato como **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO GENERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN CARDIOVITA SANTA MARTA SAS HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE** desde el 1 de septiembre de 2025, hasta el 31 de diciembre del 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los veintinueve (29) días del mes de diciembre del 2025.



KARINA MACHACON MENDOZA
RL SUPLENTE

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1083560767
Nombres:	DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2017-03-27
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	B
Departamento - Municipio:	MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-01-16 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-02-15

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.560.767**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 16 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ identificado(a) con C1083560767 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10835607672601665332

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión: 003 | 11/ene/2025 | Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	CC	Número de documento	1.083.560.767	Lugar de expedición	SANTA MARTA		
Primer apellido	GÁMEZ	Segundo apellido	SÁNCHEZ	Nombres	DANIEL JOSE		
Nacionalidad	COLOMBIANA	Dirección de domicilio	CARRERA 53 # 9C-54				
Departamento	MAGDALENA	Ciudad | Municipio	SANTA MARTA	Correo electrónico	Danielgamez423@gmail.com		
Número de contacto	3024046621	Lugar de nacimiento	CIÉNAGA MAGDALENA	Fecha de nacimiento	29 JULIO 2002	Estado civil	SOTERO
Actividad principal que desempeña actualmente	MEDICO GENERAL					Código actividad en RUT (4 dígitos)	8610

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	LINDA FERNÁNDEZ	Dirección	CALLE 4 CARRERA 14#57 SANTA MARTA	Teléfono	3002803175
Apellidos y nombres	RODRIGO MENDOZA	Dirección	BAVARIA COUNTRY MZ 6 CASA 4 CIÉNAGA	Teléfono	3046019410

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual	0	Otros ingresos mensuales	0	Total ingreso mensuales	0	Total egresos mensuales	0
Total activos	0	Total pasivos	0	Información financiera a corte			
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria	BANCOLOMBIA	Número de cuenta	91290569376	Tipo de cuenta	AHORRO
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de cuenta	
		¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de producto		Número de producto	
		Entidad financiera		País	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI	NO X	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI	NO X

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI	X
NO	

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma

Vigilado Supersalud

Certificación Bancaria

Lunes, 19 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 1083560767, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91290569376	2025-09-04	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

PRE-INGRESO

Tipo certificación: Pre-Ingreso (X) Periódico ( ) Egreso ( ) Post incapacidad ( ) Seguimiento ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Retorno ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **07/02/2026 11:02:00** Ciudad **SANTA MARTA** Departamento **MAGDALENA**

Doc. Identidad **CC 1083560767** Nombre **DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ** Sexo **M** Edad **23 Años**

Teléfono **3024046621** Dirección **CRA 53 #9C-54 BRR BASTIDAS**

Cargo **MÉDICO**

Empresa **1 - PARTICULAR**

Actividad económica **OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.**

Eps **COOSALUD EPS**

Arl **ARL SURA** Fondo de pensión **PORVENIR**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, HEMOGRAMA IV, GLICEMIA, THC Cualitativa Orina, Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs], COC CUALITATIVA EN ORINA, VISIOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA, RX DE TORAX, RX DE COLUMNA LUMBOSACRA, ALCOHOL EN SALIVA, BACILOSCOPIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
CONTROL ESTRICTO DE PESO POR DIETISTA DE EPS.

-- CONTROL DE LEUCOCITOS POR MEDICINA GENERAL DE SU EPS.

-- VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA DE LA EPS.

-- AL SST DE LA EMPRESA SE SOLICITA SEGUIMIENTO DEL CASO.

NOTA: TENIENDO EN CUENTA LA PATOLOGÍA QUE PRESENTA EL PACIENTE, DEBE TENER CONTROL ESTRICTO CON SU MÉDICO DE LA SALUD.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD.

José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM CC 12562715

Trabajador: DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ
CC: 1083560767
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

PRE-INGRESO

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

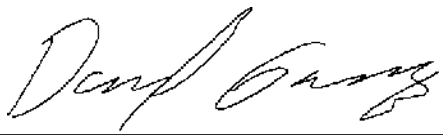
Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular (x) Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI (x)	NO ◯	**ARL**	SI ◯	NO ◯	**EAPB-EPS**	SI (x) NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1A S.A para la CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD de mi historia clínica de acuerdo a la NORMATIVIDAD VIGENTE en materia de exámenes médicos ocupacionales emanados por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O el MINISTERIO DE TRABAJO DE COLOMBIA. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del informe medico ocupacional de aptitud.



José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM CC 12562715



Trabajador: DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ
CC: 1083560767
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORME PSICOLOGICO DE PRUEBA GHQ-28

Nombre: DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ

Fecha de interpretación de prueba: 28/01/2026

Edad: 23 AÑOS

Fecha de nacimiento: 29/07/2002

Nivel académico: PROFESIONAL

Numero de Identificación: 1083560767

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de
0 puntos en síntomas somáticos relacionado con la percepcion de salud fisica,
0 puntos en ansiedad - insomnio, relacionado con la sensopercepcion de conductas ansiosas
0 puntos en disfunción social , relacionados con impacto de los problemas emocionales en las relaciones sociales y las actividades diarias
0 puntos en depresión relacionado con la percepcion en la presencia de síntomas depresivos

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente. presenta buena salud general autopercibida. Por lo cual no se encuentran alteraciones o limitación en su salud mental que pueda dificultar o alterar el desempeño de su actividades diarias o la ejecucion de sus funciones.

Sugerencias

Ante sensaciones de minusvalia, aislamiento, tristeza recurente, sensación de ahogo, pensamientos negativos e otros sentimientos ansiogenicos, acudir a su EPS y seguir las consultas de sus medicos tratantes de ser necesario.

Cristian Alfonso Gómez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1083018742 T.P. 208468
LIC.SST-021/2023

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

Número Orden	Identificación	Médico	Sexo	Edad
23541619	CC1083560767	NO IDENTIFICADO	M	23A
Paciente	**Tel**	**Empresa**	**Sucursal**	**Fecha**
DANIEL GAMEZ SANCHEZ	.....	CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.	CEHOCA URGENCIAS	3/01/2026 9:56:16 a. m.

VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario: Tel.: (1) 4817000 Línea Gratuita Nacional 018000513700

Análisis	Resultado	Valor De Referencia	Resultado Anterior	Fecha Validación	Responsable
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,				2026/01/03 10:57:18	Dra. Mª Cristina Coronado Moscoso MICROBIÓLOGA Universidad Popular del Cesar.
Globulos rojos	5.937	> 11 años: 4.69 - 6.13 mill			
Hemoglobina	15.5	> 11 años: 13.0 - 16.0			
Hematocrito	51.9	> 11 años: 39.0 - 48.0			
RECUENTO DE LEUCOCIT	11.530	> 19 años: 4.5 - 10.2.			
Neutròfilos	58.8	> 19 años: 42 -75.2 %.			
Eosinòfilos	3.5	> 19 años: 0.0 - 3.0 %.			
Basòfilos	0.8	> 19 años: 0.0 - 3.0 %.			
Linfocitos	32.4	> 19 años: 10 - 51.1 %.			
Monocitos	4.5	> 19 años: 1.7 - 9.3 %.			
RECUENTO DE PLAQUETA	385.000				
VPM	6.8				
VCM	87.4	> 10 años: 80.0-97.0			
MCH	26.1	> 10 años: 27.0 - 32.2			
MCHC	29.9	> 10 años: 31.8 - 36.4.			
Diàmetro	12.1				
INDICE DE MENTZER	14.7	Mas de 14			

NOTA:EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA (Tinción de Wright): LAS SERIES ERÍTROCITARIA, LEUCOCITARIA Y PLAQUETARIA SE EXAMINARON POR EL MÉTODO DIRECTO MANUAL VISUAL POR MICROSCOPÍA DE LUZ. Prueba de metabisulfito para la presencia de falciformia es un valor agregado para su hemograma ya que la falciformía tiene una positividad de 3-4% en nuestros pacientes. Consulte el resultado con su médico si es positivo para consejería genética familiar y confirmar con la electroforesis de HB.

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				2026/01/03 11:01:49	Dra. Mª Cristina Coronado Moscoso MICROBIÓLOGA Universidad Popular del Cesar.
Glicemia	89 mg/dl	70-99 mgs%			

PREVENIR 1-A S.A
Servicios Integrales en Salud Ocupacional
Promoción y Prevención
Nit 819.001.920-7

DATOS DEL PACIENTE				
DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ	1083560767	M	23	29-07-2002
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
TORAX	DX		28-01-2026 12:18:12	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
	28-01-2026 12:09:03		28-01-2026 13:35:22	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

RX TÓRAX
DATOS CLÍNICOS: INGRESO LABORAL.
TÉCNICA:
Se practican proyecciones en anteroposterior y lateral del tórax.
HALLAZGOS:
Pulmones sin lesiones parenquimatosas o intersticiales.
Senos costofrénicos y costodiafragmáticos libres.
Tráquea y mediastino centrados.
Silueta cardíaca de tamaño conservado.
Estructuras óseas sin alteraciones.
CONCLUSIÓN:
-Tórax radiológicamente normal.

Dra. Paola Peralta Daza
Especialista en Imágenes Diagnósticas
Col. Nº 22.478.014

PREVENIR 1-A S.A
Servicios Integrales en Salud Ocupacional
Promoción y Prevención
Nit 819.001.920-7

DATOS DEL PACIENTE				
DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ	1083560767	M	23	29-07-2002
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
COL LUMBOSACRA	DX		28-01-2026 12:22:23	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
	28-01-2026 12:09:30		28-01-2026 13:14:19	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

RX COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
Se practicaron proyecciones en anteroposterior y lateral de columna lumbosacra.

HALLAZGOS:
En las proyecciones obtenidas se observa que la forma y altura de los cuerpos vertebrales, así como también la amplitud de los espacios intervertebrales, están preservados.
No hay signos de espondilolisis ni espondilolistesis.

CONCLUSIÓN:
-Rx de columna lumbosacra normal.

Dra. Julieth Torrado Arevalo

Especialista en Imágenes Diagnósticas

COL. N° 1.094.576.182

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

2026013008696

Nombre:	**DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ**			Nº Ordenamiento:	**CL001208----1208--6597-**
Identificación:	CC 1083560767	Tel:	999999999	Fecha de recepción:	30/01/2026
Edad de ingreso:	23 Años, 4 Meses, 9 Días	Sexo:	Masculino	Fecha toma muestra:	30/01/2026
Fecha de nacimiento:	21/09/2002			Fecha impresión:	31/01/2026
Médico:	MEDICOS VARIOS			Sede:	REFERENCIA
Empresa:	SAGRADA FAMILIA LABORATORIO CLINICO S.A.S.				

Exámen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE **Método: Quimioluminiscencia**	**21,0**	**mUI/mL**	

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9,0 mUI/mL
Indeterminado: De 9,0 - 11,0 mUI/mL
Reactivo: Mayor de 11,0 mUI/mL

DAIRIS PAOLA FERNANDEZ VITAL
CC 1104016155
BACTERIÓLOGA
30-ene.-2026 06:15 p. m.

KELLY ELIZABETH GUERRERO CUERVO
CC 1010169857
BACTERIÓLOGA
31-ene.-2026 08:58 a. m.

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	04 feb 2026 11:07:55 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1	
Paciente	**GAMEZ SANCHEZ DANIEL**			Sexo M	Edad 23A 5M 30D	**Nro. De Recepción**	**137964**
Identif.	CC 1083560767	Teléfono			Fecha De Recepción	28 ene 2026 11:27:11 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

PRUEBAS ESPECIALES

1 . ALCOHOL ETILICO (SALIVA) — Negativo

Inmunocromatografia

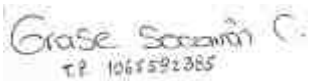
Positivo: 0.02% hasta 0.30%

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO — Fecha Reporte 29 ene 2026 11:20 am

MICROBIOLOGIA

2 . Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R) — NEGATIVO
Muestra Estudiada — ESPUTO

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO — Fecha Reporte 29 ene 2026 11:20 am



Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Pendientes Por Resultado: COCAINA METABOLITOS EN ORINA, MARIHUANA

SAGRADA FAMILIA LABORATORIO CLINICO

Nit. 901019112-9
Carrera 7a No. 10-51 Telefono: 6054365843 - WhatshApp 3006808072
Santa Marta - Colombia

Impreso	02 feb 2026 04:25:01 pm	RESULTADOS				Software Baxlab v20201130
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1
Paciente	**GAMEZ SANCHEZ DANIEL JOSE**		Sexo M	Edad 23A 5M 30D	**Nro. De Recepción**	**64975**
Identif.	CC 1083560767	Teléfono 3024046621		Fecha De Recepción	28 ene 2026 05:32:19 pm	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	RUIZ MARTINEZ ANGIE CAROLINA		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

1 . COCAINA EN ORINA (prueba cualitativa) NEGATIVO

Tecnica: Inmunocromatografía

Interpretacion:
Positivo: Mayor de 300 ng/ml

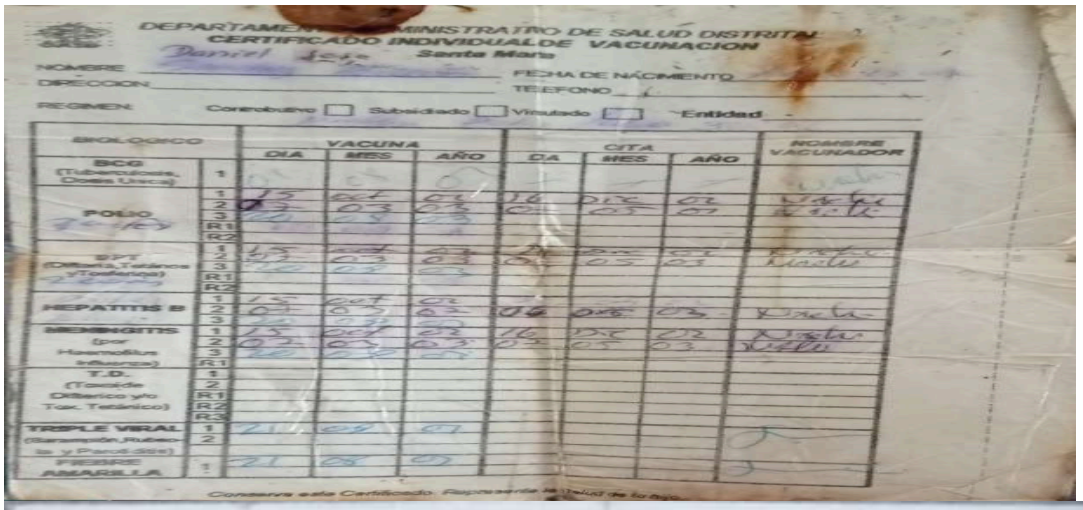
2 . MARIHUANA EN ORINA NEGATIVO

Metodo: Inmunocromatografía

Interpretacion:
Positivo: Mayor de 50 ng/ml



DR LENIS OFILIA LOZANO LOZANO
BACTERIOLOGO T.P. 64866454



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VACUNACION
Santa Marta

NOMBRE: Daniel José
DIRECCION:
FECHA DE NACIMIENTO:
TELEFONO:
REGIMEN: Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐ Entidad:

BIOLOGICO		VACUNA DIA	VACUNA MES	VACUNA AÑO	CITA DIA	CITA MES	CITA AÑO	NOMBRE VACUNADOR
BCG (Tuberculosis, Dosis Unica)	1							
POLIO	1	15	oct	18	16	dic	18	Yaneth
	2	03	03	19	06	03	19	C.A.V.
	3							
	R1							
	R2							
DPT (Difteria, Tetanos y Tosferina)	1	15	oct	18	16	dic	18	Yaneth
	2	03	03	19	06	03	19	Maelu
	3							
	R1							
	R2							
HEPATITIS B	1	15	oct	18				
	2	03	03	19	06	dic	18	Yaneth
	3							
MENINGITIS (por Haemophilus influenzae)	1	15	oct	18	16	dic	18	Yaneth
	2	03	03	19	06	03	19	Yaneth
	3							
	R1							
T.D. (Toxoide Diferico y/o Tox. Tetanico)	1							
	2							
	R1							
	R2							
	R3							
TRIPLE VIRAL (Sarampión, Rubeola y Parotiditis)	1	21	oct	18				
	2							
FIEBRE AMARILLA	1	21	08	19				

Conserve este Certificado. Reprodúzcalo en la Unidad de la Red



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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

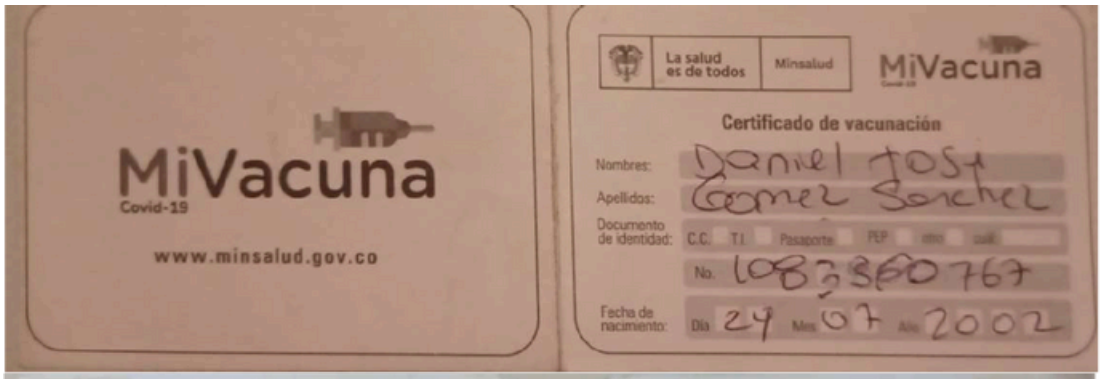
Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Daniel José
Apellidos: Gámez Sancho
Documento de identidad: C.C. ☐ Pasaporte ☐ No. 1083560757
Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 07 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	14.12.18	D22-81	
	3	15-01-19	D 22-96	
	4	20-10-20	23-58X004AC	
	5			
	1			
Contra Hepatitis B	1	14.12.18	1499AC	
	2	15-01-19	H009258	
	3			

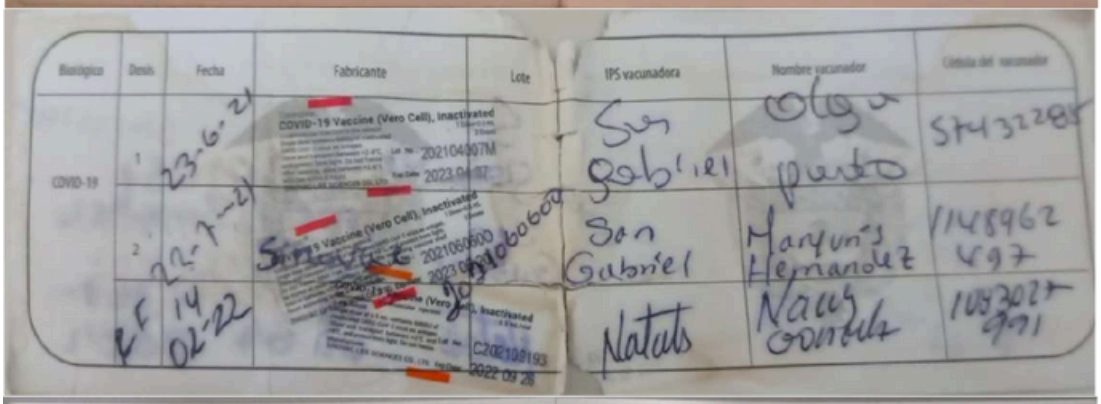
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarila	U	14-12-18	N3P07	
Contra Influenza	1	14.12.18	N02B772	
	1	20.10.20	V5022AA	
Otras				
T.Dpt	1	14.12.18	0113N6771	
H.B	1	14-12-18	N0053	


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud | MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Daniel José
Apellidos: Gomez Sanchez
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP
No. 1083560767
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 07 Año 2002


Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-6-21	COVID-19 Vaccine (Vero Cell), inactivated	202104307M	Sur	Olga	51432285
	2	22-7-21	COVID-19 Vaccine (Vero Cell), inactivated	202106060	San Gabriel	Maryuris Hernandez	1148962497
	R	14-02-22	Covid-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated	C202108193	Natals	Nancy Gamboa	1083027971

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

Consérvelo

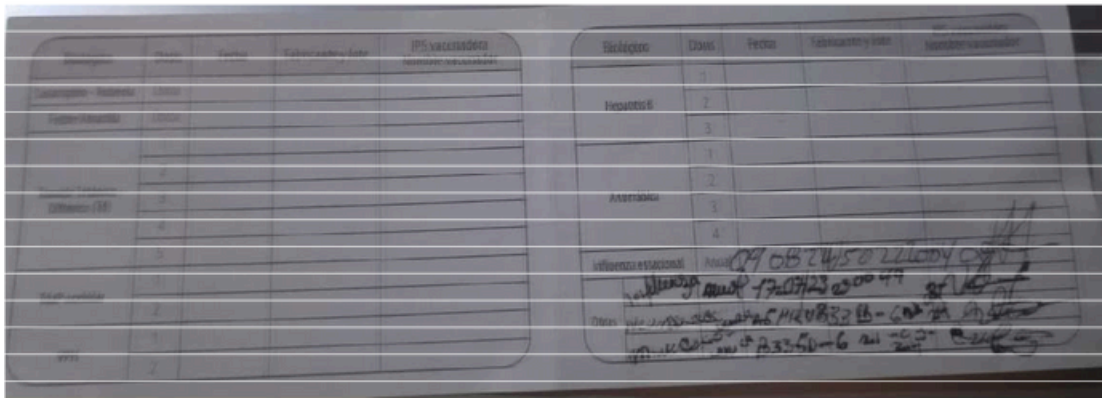
En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Daniel José
Apellidos: Gómez Sanchez
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1083560767
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 07 Año 2002


Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	04 OCT 2450 22 LOT 04 CAD		

CHUBB®

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

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

PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

Certificado Individual de Seguro No. 00087CO00010139
Póliza Matriz N° 16880
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

Información del tomador			
Seguro por cuenta tomado por: PROMEDICO		**NIT:**	890.310.418-4
Información del Asegurado			
Titular Asegurado:	DANIEL JOSE GAMEZ SANCHEZ	**C.C.:**	1083560767
Especialidad:	MEDICO GENERAL		

Vigencia póliza de responsabilidad civil médica	
Fecha Inicio: 12 de agosto de 2025 Desde las 00:00 Horas	**Fecha Fin:** 11 de agosto de 2026 Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas
El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.	
Delimitación territorial y jurisdicción: Colombia	
Cobertura básica **Responsabilidad civil médica**	
En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en el presente documento y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.	
Requisitos de Asegurabilidad Para efectos de este seguro, el Asegurado ha declarado no tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias que den lugar a reclamaciones diferentes a las ya reportadas a Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura. El Asegurado ha declarado estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y tener su licencia vigente. El Asegurado ha declarado no estar involucrado en algún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.	

Beneficiarios:	Terceros afectados	**Fecha de retroactividad:**	12-08-2025
Límite Asegurado:	300.000.000	**Deducible**	Para límite de **$100.000.000 a $600.000.000: 5%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.000.000** por todo y cada reclamo.
			Para límite de **$800.000.000 y $1.000.000.000: 10%** de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP **$1.500.000** por todo y cada reclamo.
			Para límites entre **$1.100.000.000 y $1.500.000.000:** 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP $2.000.000 por todo y cada reclamo.
			No aplica deducible para Gastos de Defensa.

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cobertura de daños extra-patrimoniales	100%

Condiciones adicionales a las establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad civil médica

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la ley 389 de 1997
- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
- Por medio del presente certificado se incluye la siguiente condición a la póliza:

  Visitas a Domicilio :Queda entendido y acordado por las partes que se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de Servicios Profesionales realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.

  Se cubren los Actos Médicos Erróneos y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros, quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los Servicios Profesionales.

  La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el Asegurado y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando Servicios Profesionales al paciente.
- Se elimina la exclusión 3.32

  Por medio del presente endoso se levanta la exclusión 3.31 y se incluye la siguiente cobertura:
  RECLAMACIONES RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES

  Se entiende y acuerda que, habiendo pagado la prima correspondiente, la presente póliza se extiende a cubrir las reclamaciones contra el Asegurado derivadas del servicio profesional prestado por el mismo durante el traslado de los pacientes en los vehículos destinados a tal fin.

  Esta cobertura es válida únicamente en los casos en que el Asegurado se encuentre en la posición de un profesional debidamente habilitado para la atención de emergencias durante el transporte de pacientes.

  En ningún caso se cubrirán las situaciones que se describen a continuación:
  - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS Y/O VEHÍCULOS Y/O BIENES DE TERCEROS DERIVADOS DE ACCIDENTES PROVOCADOS CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
  - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS AL PROPIO VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
  - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PACIENTES POR ACCIDENTES CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
  - RECLAMACIONES DERIVADAS DE VEHÍCULOS QUE NO CUMPLAN CON LA LEY APLICABLE, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, LOS REQUISITOS DE PROFESIONALES, MATERIALES Y EQUIPOS QUE DEBE TENER UNA AMBULANCIA, SUJETO A SU RESPECTIVA CLASIFICACIÓN.

  A los efectos de este seguro, se considera ambulancia todo vehículo (incluidas las aeronaves) que se destine exclusivamente al transporte de enfermos.

  Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

  Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.

FECHA DE RETROACTIVIDAD PARA LA INCLUSION DE LA PRESENTE COBERTURA: XXXX(FECHA DE INCLUSION DE ACUERDO CON SOLICITUD DEL PROFESIONAL)

- PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES: Un periodo de 24 meses sin cobro de prima adicional de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 del Condicionado General.
- Todas las extensiones y coberturas operan dentro del límite del total agregado de la póliza.
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones de cobertura deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
- Términos, textos y condiciones según clausulado RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114-000I

Exclusiones adicionales a las establecidas en las condiciones generales

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114-000I; EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS, SALVO AQUELLAS CIRUGÍAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MÉDICA POR SALUD
- QUEDA EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS CONTEMPLADAS EN LA SECCIÓN 25 DEL CONDICIONADO GENERAL.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb. Insured.℠

- EXCLUSIÓN OFAC:
  ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- EXCLUSIÓN CONDUCTA SEXUAL
  EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
  UNA **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.
  CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

Prima	
Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva	314.265
Iva Prima Responsabilidad Civil Médica	59.710
Prima Anual Total	373.975

Información importante

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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE SEGURO ESTÁ SUJETO A EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE COBERTURA QUE SE DESCRIBEN Y SE DEFINEN DETALLADAMENTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO Y EN LAS DE CADA UNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES.

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

Chubb Seguros Colombia S.A.
Firma Autorizada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb. Insured.™