



FORMATO LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD

MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION

Código  
GA-CPV-F-010  
Versión  
V14  
Fecha de elaboración  
12/02/2025

NOMBRE Dany Alexander Bravo Bolaños FECHA \_\_\_\_\_  
AREA Medico a tu territorio  
CARGO Medico general

TIPO DOCUMENTAL	APLICA
Propuesta y/o invitación a cotizar	
Dos Fotos tamaño 3 cm alto * 2.5 cm ancho	
Hoja de vida (Formato único función pública-SIGEP)	✓
Formato único declaración de bienes y rentas	
Diplomas que acrediten formación académica, acta de Grado y certificaciones de experiencia: - Acta y Diploma de Bachiller - Acta y Diploma de (Técnico -Tecnológico - Profesional.- Especialidad - Maestría)	✓
Resolución de autorización para el ejercicio de la profesión	
Consulta de Rethus	✓
Fotocopia de la tarjeta profesional	✓
Certificación Bancaria (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento, N° de cuenta activa y no menor a 3 meses de vigencia actual).	✓
Examen Médico de ingreso vigencia - (1 año) - Administrativo: Evaluación médica con énfasis Osteomuscular, Visiometría - Asistencial: Evaluación médica Con énfasis Osteomuscular, Paraclínicos: Disimetría - Asistenciales Radiaciones Ioniz: Evaluación médica; con énfasis Osteomuscular, Paraclínicos: Disimetría, Laboratorios: Cuadro Hemático, Extendido de sangre periférica, Creatinina, BUN, Urea, Bilirrubinas total, directas, Fosfatasa alcalina, LH, FSH, T3, T4, TSH - Conductores: Evaluación médica; con énfasis Osteomuscular, Examen Psicosenométrico, Paraclínicos: Audiometría, Optometría, Laboratorios: Glucómetro, Perfil Lipídico	✓
Esquema de Vacunas Asistencial: (Hepatitis B, Tétano Toxoide, Sarampión y Rubeola) (esquemas completos)	✓
Fotocopia de carnet para la protección radiológica y/o certificación de curso de Radiología (Técnico y/o Tecnólogo rayos X, Odontólogo que tome Periapicales)	
Soporte Vital Básico (Auxiliar de Enfermería - Vigencia 2 años)	
Soporte Vital Avanzado (Medicina y Enfermería - Vigencia 2 años)	
Certificación Toma de Muestras (Enfermería - Auxiliares Enfermería)	
Certificación Víctimas de Violencia Sexual (Todos los Profesionales -Especialistas de la salud de Consulta externa, Hospitalización, UCI y Urgencias) (Especialistas, Medicina, Enfermería - Auxiliares Enfermería, Odontología.)	✓
Certificado de atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos (Personal asistencial de urgencias y Tripulación de ambulancia servicio: Transporte asistencial: Medicina, Enfermería, Auxiliares de enfermería.)	✓
Certificado Formación para la gestión del Duelo (Especialistas, Medicina, Enfermería, Auxiliares de enfermería) Servicios de atención del Parto, UCIM y UCI	✓
Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud. (Para medicina de los servicios de: Hospitalización, UCIM, UCI, Urgencias, Cirugía)	✓
Certificado de entrenamiento en Toma de Citología (Profesionales que realicen toma de Citologías)	
Certificado de Formación Par la toma de Pruebas POCT (Point of Care Testing -POCT)" Todo personal asistencial las realice, con excepción del profesional de bacteriología	✓
Certificado de formación en el Control del paciente de cuidado intensivo adultos (Enfermería del servicio de Cuidado Intensivo.	
Certificado en el uso de Tecnologías (Para profesionales de Telemedicina)	
Certificado Curso de Tecnovigilancia (Todo el personal)	✓
Certificación Seguridad del Procesos Prioritarios Aula Virtual (Enfermera, Auxiliares, Médicos)	✓
Certificado Curso IAMIL (Aula Virtual todo el personal)	✓
Certificación Curso Primeros auxilios o primer respondiente (Conductores - Vigencia 2 años)	✓
Certificado para el manejo del dolor y cuidado paliativo. (Médicos Generales, Enfermeras, Especialistas)	
Licencia de Conducción Vigente (Conductores - Vigencia 2 años)	✓
Cedula de Ciudadanía al 150%.	✓

"MÁS HUMANO, MÁS SEGURO"

Teléfono: (51) 8241055 - 8240185 - 320344451  
www.hospitalpacho.gov.ec - secretaria@hospitalpacho.gov.ec  
Calle 9 No. 16 - 34 Barrio Nandín Pacho - Cundinamarca

VIGILADO  
Supersalud





**FORMATO LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD**

**MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION**

<b>Código</b>
GA-CPV-F-010
<b>Versión</b>
V14
<b>Fecha de elaboración</b>
12/02/2025

Consulta y/o certificado de antecedentes Procuraduría, Contraloría, Policía, medidas correctivas, REDAM, Delitos sexuales (Vigencia menor a 3 meses)	✓
Curso de conflicto de intereses (Certificado Aplicativo por la integridad Pública – Función Pública)	✓
Registro único tributario - RUT (Actualizado a la fecha para contratar)	✓
Certificación y/o Afiliación a Seguridad Social (salud -pensión - legibles- vigencia actual) Activo EPS Cotizante	✓
Formato SARLAFT Persona Natural	✓
Certificado Curso de Integridad - Función Pública	✓
Copia Póliza de Responsabilidad Civil Profesional vigente – legible (Enfermeras, Médicos, Especialistas, Odontólogos, Técnico Rx, Bacteriólogo (a), Instrumentador Quirúrgico, Psicólogos, Nutricionistas)	✓
Curso Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (modulo que corresponda)	✓
Certificado de Inducción Aula Virtual HSRP	✓
Certificado de Entrenamiento al Cargo	✓
GTH-ATH-F-031 Formato autorización para el manejo de datos personales	
Creación de Usuarios: - Dinámica Gerencial (Sistemas) - Aula virtual (Calidad)	

**RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL**

CARGO	FIRMA
SUBGERENCIA CIENTÍFICA	
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	
SUBGERENCIA COMUNITARIA	
LÍDER DEL PROCESO (donde la persona va a desarrollar sus actividades)	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
TALENTO HUMANO	
DPTO CALIDAD y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SISTEMAS	
BIOMÉDICOS	
SALUD PÚBLICA (áplica para: Médicos, Especialistas y personal de Enfermería)	

Responsable de la verificación de documentos del área de contratación

**NOTA:** La documentación presentada en físico debe contener las siguientes características:

- Entregar documentos originales firmados impresos papel ecológico
- Copias de documentos Legibles



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BRAVO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BOLAÑOS		NOMBRES DANY ALEXANDER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.G. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1083812298		GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>		NÚMERO 87022280004		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 22 MES 02 AÑO 1987		CARRERA 1 BIS 8 33 barrio 1 de Julio			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO NARIÑO	
DEPTO. NARIÑO		MUNICIPIO BELEN		MUNICIPIO BELEN	
MUNICIPIO BELEN		TELÉFONO 3127102466		EMAIL dannydabb4@gmail.com	

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIÉ 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	03	2022	1083812298

3

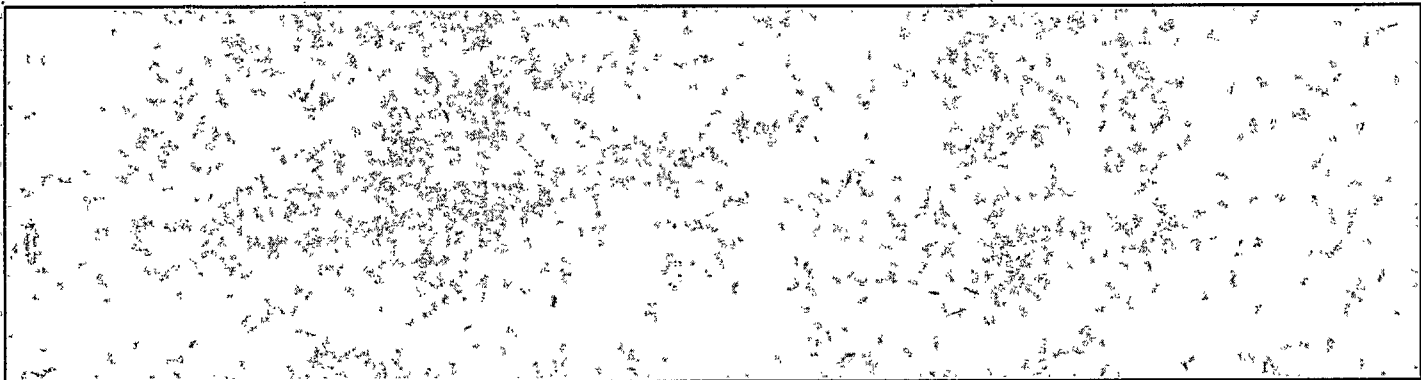
### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)



**4 IDIOMAS**

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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
INGLES	X			X			X		

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	11	Mes	01	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CALLE 9 null null #16-35 Barrio Antonio Nariño							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - PACHO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO PACHO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	11	Mes	03	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CALLE 9 null null #16-35 Barrio Antonio Nariño							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día:		Mes:		Año:			
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	3	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

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

*Daniel A. Brues*

06/04/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



FUNCION PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS				
IDENTIFICADO CON: CC. X C.E. T.I. N° 1.083.812.298 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País	Colombia	Departamento	Nariño	Municipio Belén
Dirección Cra 1 N° 3-88 Barrio 20 de julio			Teléfonos 312710466	
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO
ANTONELLA BRAVO ARCOS		1.088.977.699		HIJA
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION 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				58.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
<b>TOTAL</b>				\$ 58.000.000
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
BANCOLOMBIA	AHORRO	91239680009	bogotá	\$ 100.000
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    tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

*Daniel A. Buitrago*

07-04-2026

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

# La Universidad de Caldas

en atención a que

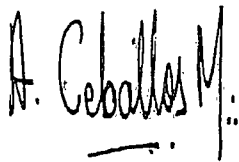
**DANNY ALEXANDER BRAVO  
BOLAÑOS**

CC No. 1083812298 de Belén

ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

**MÉDICO**

y le expide el presente diploma. En testimonio de ello, se refrenda con las  
firmas y registros respectivos



Rectoría



Secretaría General

Manizales, 10 de Mayo de 2022

Oficina de Registro Académico Folio 6269 del Libro Nro. 1

Nro., 53911

Firmado por:  
ALEJANDRO  
CEBALLOS MARQUEZ  
2022/05/10 10:23:44

Firmado por:  
CAROLINA LOPEZ  
SANCHEZ  
2022/05/10 10:23:55





# UNIVERSIDAD DE CALDAS

## FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

### Programa de Medicina

#### ACTA INDIVIDUAL DE GRADO Nro.2332

En la ciudad de Manizales, Caldas, el día diez (10) de Mayo de 2022, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual la Universidad de Caldas, le confirió el título de:

MÉDICO

DANNY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía Nro. 1083812298 de Belén, quien acreditó en debida forma todos los requisitos académicos, legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de Admisiones y Registro Académico Nro. 023 del Jueves, 28 de Abril de 2022, otorgándole el diploma Nro. 53911.

Esta acta se encuentra contenida en el Libro de Registro No. 1, folio 6269.

La Universidad se encuentra autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Martes, 10 de Mayo de 2022.

Rectoría

Secretaría General

Firmado por:  
ALEJANDRO  
CEBALLOS MARQUEZ  
2022/05/10 10:19:58

Firmado por:  
CAROLINA LOPEZ  
SANCHEZ  
2022/05/10 10:20:10



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA INSTITUCION EDUCATIVA  
"NUESTRA SEÑORA DE BELEN"

BELEN - NARIÑO

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE NARIÑO.  
SEGUN RESOLUCION No. 2545 DE SEPTIEMBRE 30 DE 2002

CONFIERE A:

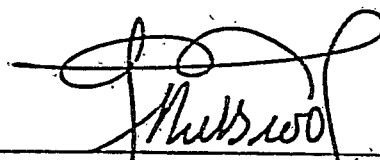
DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS


IDENTIFICADO CON T. I. No. 870222-60004 DE BELEN - NARIÑO

EL TITULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES  
AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA ACADEMICA, SEGUN  
LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

  
MARIO ALBERTO BRAVO ORTIZ  
RECTOR

  
RITHA MIREYA BOLAÑOS ORDOÑEZ  
ALTA ADMINISTRATIVO

DADO EN BELEN - NARIÑO A 3 DE JULIO DE 2004

ANOTADO AL FOLIO No. 01 LIBRO DE ACTAS No. 02

INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
"NUESTRA SEÑORA DE BELEN"

EFICACIA DE FUNCIONAMIENTO SEGUN RESOLUCION No. 2545 DE SEPT 30 DE 2002  
EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE EDUCACION DE NARIÑO  
NIT 991 202 084-9 DANE 152083000613  
TEL FAX 0927-440769 - BELLEN - NARIÑO

Registro Educativo No. 207113101

DANE: 152083000613

**ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No 20**

*En la ciudad de Belén Nariño los tres (3) días del mes de julio del año 2004 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado los suscritos Rector y Aux. Administrativa en la Rectoría del Colegio Departamental Nuestra Señora de Belén, institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico según Resolución No 2545 del 30 de septiembre de 2002 y Resolución No. 1711 de 04 de diciembre de 2003.*


*Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

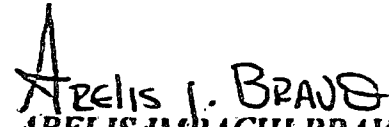
**DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS T.I. No. 87022260004 de Belén Nariño**

*Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 20 de fecha tres de julio del año 2004 que consta de cuarenta y ocho (48) estudiantes graduados, que comienza con el nombre de Robinson Arcos Cerón y termina con el nombre de Jhonson Zambrano Palacios, firmado por Rubio Bravo Ortiz, Rector y Ritha Mireya Bolaños Ordóñez, Aux. Administrativa.*

*Dada en Belén Nariño, a los veintitrés (23) días del mes febrero de dos mil once (2011).*

**FIRMADO**

  
**RUBIO BRAVO ORTIZ**  
C.C. No. 5.275.649 de la Cruz Nar.  
Rector.

  
**ARELIS IMBACHI BRAVO**  
C.C. No. 27.279.233 de Belén Nar.  
Secretaria.

*Anotado al folio No 01 Registro No 06 del Libro de Actas de Graduación No. 02*



## LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO ESE DE LA CRUZ NARIÑO

### HACE CONSTAR

Que el señor **DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.083.812.298 de Belén Nariño, estuvo vinculado al **HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E. MUNICIPIO LA CRUZ NARIÑO** identificad con NIT. 891201410 mediante contrato bajo la modalidad de Prestación de Servicios profesionales, previa propuesta entregada acorde a las necesidades identificadas por la entidad. En este contexto una vez revisados los archivos de la entidad se encontró la siguiente información:

- RELACION DE EJECUCION CONTRACTUAL:

No. De contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Estado
2022-404	23/MAYO/2022	31/JULIO/2022	\$9.067.000,00	FINALIZADO
2022-686	01/AGOSTO/2022	31/OCTUBRE/2022	\$12.000.000,00	FINALIZADO
2022-932	01/NOVIEMBRE/2022	31/DICIEMBRE/2022	\$7.000.000,00	FINALIZADO
2023-070	01/ENERO/2023	31/ENERO/2023	\$3.7000.000,00	FINALIZADO
2023-266	01/MARZO/2023	31/MARZO/2023	\$3.7000.000,00	FINALIZADO
2023-340	01/ABRIL/2023	30/JUNIO/2023	\$13.500.000,00	FINALIZADO
2023-674	01/JULIO/2023	30/NOVIEMBRE/2023	\$22.500.000,00	FINALIZADO
2023-1136	01/DICIEMBRE/2023	20/DICIEMBRE/2023	\$5.000.000,00	FINALIZADO
2024-079	09/ENERO/2024	31/MARZO/2024	\$13.120.000,00	FINALIZADO
2024-325	01/ABRIL/2024	08/ABRIL/2024	\$1.280.000,00	FINALIZADO
2024-478	01/MAYO/2024	30/09/2024	\$24.480.000,00	TERMINACION ANTICIPADA DE CONTRATO
2024-1126	03/NOVIEMBRE/2024	23/DICIEMBRE/2024	\$8.160.000,00	FINALIZADO
2025-082	13/ENERO/2025	30/JUNIO/2025	\$26.880.000,00	EN EJECUCION

- OBJETO CONTRACTUAL:

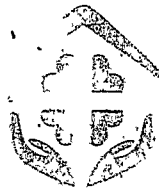
“como Medico General en las áreas de: Consulta Externa, Hospitalización, Atención De Urgencias, Atención Extramural, Referencia Y, Contra Referencia Del Hospital El Buen Samaritano E.S.E. desempeñando las de: las cuales fueron cumplidas satisfactoriamente para el hospital el Buen Samaritano ESE”.

- OBLIGACIONES ESPECIALES:

1. Prestar sus servicios con adherencia a los manuales, guías y protocolos de práctica clínica basadas en evidencia científica y bajo los atributos de (Oportunidad, Pertinencia, Continuidad, Seguridad y Accesibilidad) en: Programas de Promoción y Prevención y post consulta, atendiendo el cronograma mensual, avalado por la entidad contratante y que hace parte integrante del presente contrato, siendo obligación de la contratista estar disponible ante los requerimientos de la entidad contratante en la prestación del servicio cuando así lo requiera. PARAGRAFO: En desarrollo de las actividades contratadas LA CONTRATISTA deberá realizar la



- entrega formal de su turno a su par, incluyendo la relación de pacientes que se encuentran en el momento de la entrega en observación.
2. Prestar sus servicios en concordancia a la Misión, Visión y Políticas Institucionales bajo los principios de humanización del servicio.
  3. Prestar sus servicios y estar presto a apoyar el Plan de Contingencia Hospitalaria incluyendo zona de expansión extra hospitalaria.
  4. Realizar la planeación, coordinación, ejecución y seguimiento de los procesos médicos del Área de Urgencias.
  5. Atender consultas de usuarios y elaborar historias clínicas.
  6. Expedir órdenes de hospitalización, exámenes de laboratorio y remisiones a especialista.
  7. Elaborar hoja de consulta diaria, e informes de atención.
  8. Diligenciar con letra clara y legible los registros de historias clínicas.
  9. Aplicar los conocimientos de referencia y contra referencia según los niveles de atención.
  10. Participar en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud.
  11. Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre procedimientos médicos.
  12. Participar en el diagnóstico y pronóstico para determinar el estado de salud del paciente.
  13. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la comunidad.
  14. Realizar actividades inherentes a la coordinación médica de Urgencias de acuerdo a las directrices impartidas desde gerencia.
  15. Realizar cronograma mensual de turnos y salida de médicos rurales.
  16. Diligenciar completamente el certificado de defunción de manera manual y a nivel del sistema RUAE, estandarización de actualización del código azul intrahospitalario con capacitación del personal y evaluación del servicio.
  17. Asegurar el cumplimiento de las diferentes rutas institucionales.
  18. Apoyar la coordinación de médicos del servicio social obligatorio. (S.S.O).
  19. Realizar el reporte rutinario de eventos adversos y promover la importancia del reporte, análisis y seguimiento de los mismos.
  20. Fortalecer la implementación del sistema del TRIAGE según protocolo ya establecido.
  21. Velar por el carácter de confiabilidad a nivel de servicio de urgencias.
  22. Actualización continua de normas en cuanto al manejo de las diferentes patologías a nivel del servicio de urgencias.
  23. Realizar planes continuos de mejoramiento en caso de presentar complicaciones en los procesos. a) Participar de reuniones de COVE Institucional y municipal teniendo en cuenta que, ante casos de suma importancia como problemas de salud pública, hacer las notificaciones correspondientes y el análisis respectivo del mismo de momento inmediato) velar por el cumplimiento de la ruta de salud mental establecidas a nivel institucional y mantener actualizadas según la normatividad vigente. c) Notificar según la vigilancia del delito de manera mensual al servicio de psicología, en donde se incluyen accidentes de tránsito, intentos de



**Hospital**

suicidio, cualquier tipo de violencia ante otros, para esto se debe diligenciar el reporte adoptado por la Institución.

24. Desarrollar e implementar las actividades requeridas para el cumplimiento de los requisitos de habilitación conforme a lo contenido en la Resolución 2642 de 2014 o normas vigentes, igualmente desarrollar las actividades que en relación al objeto contractual estén ligadas con el programa de seguridad del paciente, el sistema de Gestión y Seguridad en el trabajo y con los procesos de acreditación en la estrategia de La Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI INTEGRAL), MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD, SISTEMA DE INFORMACION Y ACREDITACION.
25. Observar y acatar con suma diligencia y cuidado las medidas preventivas o higiénicas que prescriban los servicios de salud de la empresa, y órdenes preventivas de accidente o enfermedad.
26. Presentarse al servicio de salud correspondiente, y permitir la práctica de los exámenes requeridos para determinar la aptitud y capacidad para realizar la labor, en los casos en que, a juicio de la empresa, exista aparente estado de embriaguez, o síntomas de estar bajo la influencia de narcóticos o drogas psicoactivas, a fin de procurar el cuidado integral de la salud y el medio ambiente de trabajo y previniendo la ocurrencia de accidentes de trabajo.
27. Responder pecuniariamente por pérdidas que sufra ad la E.S.E por causas atribuibles al contratista en función de la actividad contratada tales como glosas, no acatamiento de planes de mejoramiento de la calidad, pérdidas o daños de equipos, uso irracional de insumos, incumplimiento de turnos de servicio, y otros de similar naturaleza.

Que EL CONTRATISTA da cabal y satisfactorio cumplimiento a sus obligaciones contractuales.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

Dada en La Cruz Nariño a los diecisiete (17) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025).

**YUDY VIVIANA BRAVO GÓMEZ**  
Subgerente Administrativa y Financiera

Verificar registro en ReITHUS

Limpiar

Resultado General -2026-04-08--7:57:02 AM

CC	1083812298	DANY-	ALEXANDER	BRAVO	BOLAÑOS	Vigente	Ver
----	------------	-------	-----------	-------	---------	---------	-----

De conformidad con los artículos 108 y 107 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS (Identificación) con CC:1083812298 registra la siguiente información:

2026-04-08--7:57:02 AM

Información Académica

UNIV	Local	MEDICINA	2023-03-21	111 694	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
------	-------	----------	------------	---------	---------------------------

Datos SSO

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIANO APLICAI	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
-------------------	-------	--------------------	------------	------------	---------------	----------	---------------------------

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 de Talento Humano en Salud (ReITHUS).



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO  
CMC

IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

DANY ALEXANDER BRAVO BOLANOS

C.C. 1083812298

MÉDICO

Universidad de Caldas

Manizales

Grado: 10/05/2022

Reshus: 21/03/2023



# Certificación Bancaria

Domingo, 22 de febrero de 2026

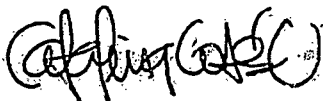
A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS identificado(a) con CC 1083812298, 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	91239680009	2022-07-22	Activo	*****

**\*Importante:** Esta constancia sólo 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 Unbe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

1/1

Fecha y ciudad de realización del examen				Tipo de examen	
DD	MM	AAAA	Ciudad		
22	02	2026	Bogotá	Evaluación Médico Laboral - Preingreso	
<b>Datos de la empresa donde labora, laborará o laboró el trabajador o aspirante</b>					
Hospital San Rafael de Pacho			Hospital San Rafael de Pacho		
<b>Nombre de la empresa</b>			<b>Empresa en misión</b>		
<b>Datos del trabajador / aspirante</b> <small>(tipo de documento CC: cédula de ciudadanía; CE: cédula de extranjería; PT: Pasaporte; PPT: permiso de protección temporal)</small>					
DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS		<b>Género</b>	<b>Edad</b>	<b>Tipo y número de documento</b>	
		MASCULINO	39 años	CC	1.083.812.298
<b>Apellidos y nombres</b>				<b>Tipo</b>	<b>Número</b>
<b>Cargó:</b>	Médico General - Equipos Básicos de Salud				
<b>Concepto de aptitud ocupacional:</b> Puede desempeñar el cargo sin restricciones					
<b>Observaciones:</b> Paciente refiere antecedente de gastritis crónica diagnosticada en 2025, niega antecedentes farmacológicos, quirúrgicos, alérgicos, traumatológicos.					
<b>Restricciones laborales</b>	<b>Tipo</b>	<b>Recomendaciones</b>			
Sin restricciones	N/A	Pausas oculares cada 2 horas si uso recurrente de pantallas			
<b>El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes aplicados:</b>					
<b>Evaluación médico laboral:</b>	SI	<b>Visiometría:</b>	Si, corrige con lentes		
<b>Audiometría:</b>	SI	<b>Restricciones:</b>	NO		
<b>Recomendaciones médicas</b>	<b>Recomendaciones ocupacionales</b>		<b>Hábitos y estilos de vida saludable</b>		
Valoración médica general en la EAPB de rutina.  Aplicación de vacuna influenza anual por EPS, toxoide tetánico, fiebre amarilla y hepatitis B por EPS.  Valoración anual por optometría para verificación de fórmula visual.	Pausas activas e higiene postural durante la jornada según recomendación por plan de SG-SST de la empresa. Promover estrategias de manejo del estrés.  <b>PVE osteomuscular:</b> Sin hallazgos que contraindiquen el cargo.		Realización de actividad física 30 min todos los días, mantener alimentación balanceada.		
<b>Otras observaciones y recomendaciones</b>					
Consentimiento informado del aspirante/Trabajador: Autorizo al Doctor abajo mencionado a realizar el examen médico laboral registrado en este documento, el doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Doctor para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la legislación.					
<b>Médico</b>			<b>Aspirante o Empleado</b>		
Nombre: Jorge Leonardo Sánchez R.M. 80187413-Esp. SST 			Nombre: Dany Alexander Bravo Bolaños DI: 1083812298		

Bogotá D.C. Colombia

☎ (+57) 305 392 12 70

✉ ipsproactive@gmail.com

🌐 www.proactiveips.com.co

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name

**DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 8 3 8 1 2 2 9 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**22/02/1987**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3127102466**

Correo electrónico / e-mail

**danny.521122328@ucakdas.edu.co**

ID: fe7e0cc0-7676-4d7c-a94a-bb3330eb2

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del Vacunador
			Day	Month	Year				
Age	Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	28	9	2018		R3B441V	BELEN CENTRO DE SALUD	Edisson Ortega Popayan
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	20	4	2021	PFIZER	ER9449	CORPORACIÓN IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS	MARIA DEL SOCORRO PALACIO GOMEZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	11	5	2021	PFIZER	EJ6924	CORPORACIÓN IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS	MARIA DEL SOCORRO PALACIO GOMEZ
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	14	12	2022	Serum	0122W016	LA CRUZ E.S.E EL BUEN SAMARITANO	EDILMA MUÑOZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Adicional	22	8	2023	PFIZER	2F1077A	LA CRUZ E.S.E EL BUEN SAMARITANO	EDILMA MUÑOZ
12 meses	Fiebre amarilla	Única	18	2	2025	Sanofi Pasteur	X3A881V	LA CRUZ E.S.E EL BUEN SAMARITANO	EDILMA MUÑOZ
Sin rango de edad	Td Adulto particular	Primera	18	2	2025		2333L021C	LA CRUZ E.S.E EL BUEN SAMARITANO	EDILMA MUÑOZ

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

## CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G-0140056598 - 1083812298

**DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**

CC. 1083812298

CURSO - TALLER

## **ELECTROCARDIOGRAFIA BÁSICA - AVANZADA CON ENFOQUE CLÍNICO**

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico - práctico.  
Realizado en el mes de septiembre de 2025 con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas.

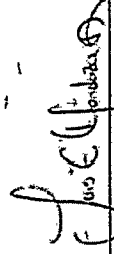
**GRUPO GESCONSEDUCA SAS** NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 - GESTION DE  
EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V. RFC: GEC210614IZA



**LUIS E. MENDOZA G.**  
Representante legal de Grupo Gesconseducá SAS



**DR. RAWDY REALES R.**  
Director Científico de Grupo Gesconseducá SAS



**LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS**  
Representante Legal Gescons S.A. de C.V.



## EL CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION

### CERTIFICA

Que DANY ALEXANDER BRAVO BOLANOS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1083812298 de Belén, realizó y aprobó el curso de ATENCION CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Ibagué, a los veintiseis (26) días del mes de octubre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERÓN  
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION  
REGIONAL TOLIMA

CV-1362-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.

NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

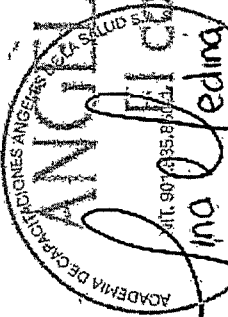
**DANNY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**

**C.C. 1.083.812.298**

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL** una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

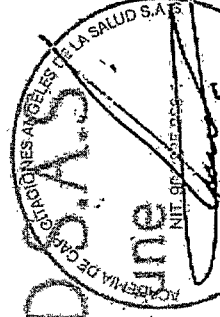
BOGOTÁ D.C. 17 DE FEBRERO DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES



LINA M. MEDINA

GERENCIA



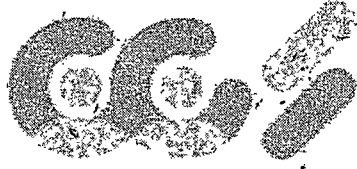
NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745  
atencionalcliente@angelesdelasalud.com  
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA FEBRERO 2027

NIT. 98374370



Centro de Capacitación del Sur

Credencial

**Danny Alexander Bravo Bolaños**

Con Cedula de Ciudadanía

1085812298

**SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)**



*[Signature]*  
ROSA ROSERO MARTÍNEZ  
OSORIO Vicerrectora

*[Signature]*  
FRANCISCO ROSTRO MORALES  
Director General



E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE PACHO



E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE PACHO  
NORTE

# CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Danny Alexander Bravo Bolaños

PARTICIPÓ EN:

Curso Pruebas POCT - 2024

March 30, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ

SUBGERENTE CIENTIFICO

GLORIA LUQUE MELO

LÍDER LB. CLINICO



Gobernación de  
**Cundinamarca**

CV-1348-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.  
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

**DANNY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**  
**C.C. 1.083.812.298**

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso taller en **FORMACIÓN EN COMPETENCIAS, PARA LA DETECCIÓN Y EL CUIDADO, DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS** una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 17 DE FEBRERO DE 2025

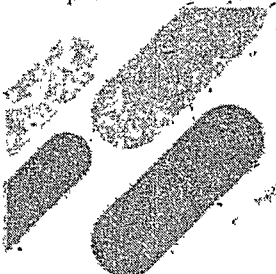
  
LINA M. MEDINA  
GERENCIA



  
NELSON F. CASTILLO  
DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745  
[atencionalpaciente@angelosdelasalud.com](http://atencionalpaciente@angelosdelasalud.com)  
[www.angelosdelasalud.com](http://www.angelosdelasalud.com)  
VIGENCIA FEBRERO 2027

Activar



Centro de Capacitación del Sur

NIC. 98521370-4

Certificación:

**Danny Alexander Bravo Bolaños**

Con Cédula de Ciudadanía

1083812298

Asignatura: ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS**

El presente documento es una certificación de haber cursado exitosamente el curso de Atención a Víctimas de Ataque con Agentes Químicos impartido por el Centro de Capacitación del Sur.



SERGIO ROSERO PATIÑO  
COORDINADOR GENERAL

FRANCISCO ROSERO MUÑOZ  
DIRECTOR GENERAL

El presente documento es una certificación de haber cursado exitosamente el curso de Atención a Víctimas de Ataque con Agentes Químicos impartido por el Centro de Capacitación del Sur.



NIT 8617430-4



Centro de Capacitación del Sur

Centros de

**Danny Alexander Bravo Bolaños**

Con Cédula de Ciudadanía

1083812298

ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO



Centro de Capacitación del Sur

SEBASTIÁN ROSERO PATIÑO  
COORDINADOR GENERAL

FRANCISCO ROSERO MUÑOZ  
DIRECTOR GENERAL



E.S.E HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE PACHO



REGIÓN DE SALUD  
NORTE

# CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Danny Alexander Bravo Bolaños

PARTICIPÓ EN EL CURSO DE:

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA - 2025

febrero 26, 2025

FREDY ALEXANDER RONCANCIO BELTRÁN

INGENIERO BIOMEDICO



Gobernación de  
**Cundinamarca**



E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE PACHO



EL CANÓN  
NORTE

## CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Danny Alexander Bravo Bolaños

PARTICIPÓ EN:

CURSO PROCESOS PRIORITARIOS 2026

March 30, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ

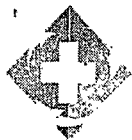
SUBGERENTE CIENTIFICO



Gobernación de  
**Cundinamarca**



E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE PACHO



EL SAN DE  
NORTE

# CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Danny Alexander Bravo Bolaños

PARTICIPÓ EN:

Curso Estrategia IAMII 2026-2027

March 30, 2026

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ  
SUBGERENTE CIENTIFICO

LÁURA XIMENA LAVERDE QUINTERO  
LÍDER PROGRAMA IAMII



Gobernación de  
**Cundinamarca**

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

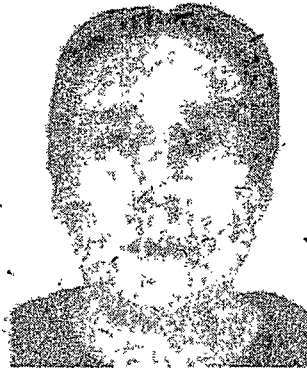
NÚMERO 1.083.812.298  
BRAVO BOLAÑOS

APELLIDOS  
DANY ALEXANDER

NOMBRES

*Dany A. Bravo*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1987

BELEN  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

26-JUL-2005-BELEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2301700-01314521-M-1083812298-20220812

0080705381G-1



**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 294112015**

Bogotá DC, 10 de abril del 2026

La PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) **DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS** identificado(a) con Cédula de ciudadanía número **1083812298**:

**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>

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relaciónamiento 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.**

División de Relaciónamiento con el Ciudadano



[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx: 5878750  
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



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 viernes 10 de abril de 2026, a las 09:51:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1083812298
Código de Verificación	1083812298260410095108

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

INICIO    CONTACTENOS    PREGUNTAS FRECUENTES

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:42:19 AM horas del 10/04/2026 el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 4083812298

Apellidos y Nombres **BRAVO BOLAÑOS DANY ALEXANDER**

#### **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, profetida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registren 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.

[Volver al inicio](#)



## 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, 10/04/2026 10:58:13 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1083812298** y Nombre: **DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**.

### 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. **137977974**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadano/ 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 Búsqueda

 Imprimir

515 9000



Dios y  
Patria

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



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 (código de ciudad inscrita con identificación CC 1083812298) **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta verificación es válida en todo el Territorio Nacional siempre y cuando el titular del documento de identificación respectivo documentado coincidan con los aquí registrado.

Se emitió en Bogotá el 17/04/2026 12:52 PM



Código Verificación S3RGNT9DM8

Válida hasta 09/07/2026

**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 11:00.46 horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1083812298; Apellidos y Nombres BRAVO BOLAÑOS DANY ALEXANDER

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO, con NIT 800099860-5 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>

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANY	ALEXANDER	BRAVO	BOLAÑOS

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

**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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$37.763.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$37.763.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Cáligo de socio	País

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

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

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

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

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí  No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Téngo potenciales conflictos personales de interés: Sí  No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141165871411



(415)7707212489984(8020) 000014116587141 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 3 8. 1 2 2 9. 8

6. DV 5

12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pasto

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2; 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3; 26. Número de identificación: 1 0 8 3 8. 1 2 2 9. 8; 28. País: COLOMBIA; 29. Departamento: Naríño; 30. Ciudad/Municipio: Belén 0 8 3.

31. Primer apellido: BRAVO; 32. Segundo apellido: BOLAÑOS; 33. Primer nombre: DANY; 34. Otros nombres: ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial; 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA; 39. Departamento: Naríño; 40. Ciudad/Municipio: Belén 0 8 3

41. Dirección principal: CR 1 3 88

42. Correo electrónico: dannydabb4@gmail.com

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

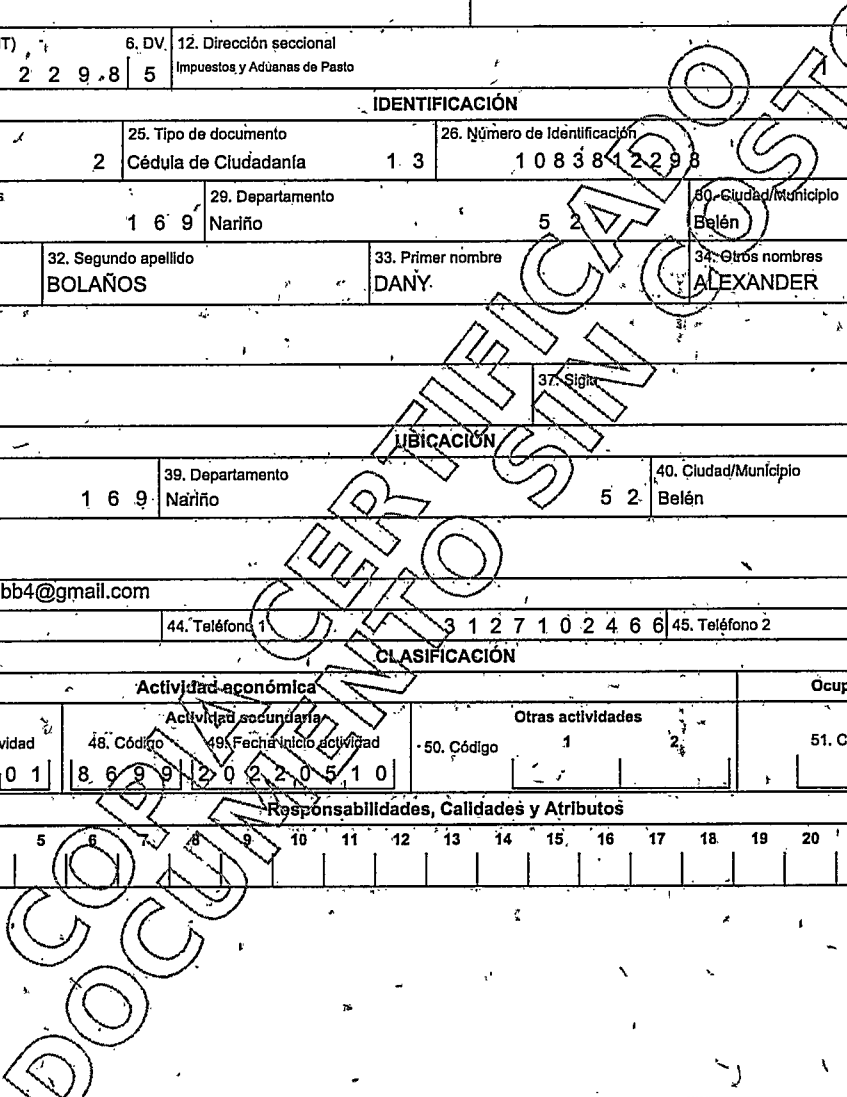
CLASIFICACIÓN

Actividad económica: 46. Código: 8 6 2 1; 47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 1; 48. Código: 8 6 9 9; 49. Fecha inicio actividad: 2 0 2 2 0 5 1 0; 50. Código: 1; 51. Código; 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20. Obtención NIT



Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma; 56. Tipo; 57. Modo; 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI / NO X; 60. No. de folios: 0; 61. Fecha: 2025-03-05 / 09:28:18AM

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:

Siñ perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice, Firma autorizada: 984. Nombre BRAVO BOLAÑOS, DANY ALEXANDER; 985. Cargo CONTRIBUYENTE



## EMPLEADO INDEPENDIENTE

### DATOS DE LA EMPRESA

**Identificación:** 800099860  
**Número Afiliación:** 178812  
**Razón social:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSP SAN RAFAE

### DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

**Nombre:** DANY BRAVO BOLAÑOS  
**Tipo de documento:** CÉDULA  
**Número de documento:** 1083812298

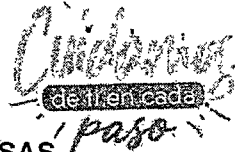
### DATOS DEL CONTRATO

**Nit Empresa en Misión:** 0  
**Nombre Empresa en Misión:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSP SAN RAFAE  
**Código Sucursal:** SUCURSAL 7  
**Nombre Sucursal:** CENTRO DE SALUD TUDELA  
**Código Centro de trabajo:** CTRAB 003  
**Nombre Centro de trabajo:** CENTRO DE SALUD TUDELA  
**Tasa de Riesgo:** 2.436  
**Número contrato:** 2678  
**Fecha Inicio contrato:** 11/01/2026  
**Fecha Fin contrato:** 31/12/2026  
**Tipo de Contrato:** ADMINISTRATIVO  
**Valor del Contrato:** 70923192  
**Estado del Contrato:** VIGENTE



NIT. 901.021.565-8

Registro de Cámara de Comercio N° 15233 Libro IX, Octubre 24 de 2016



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS**  
**Movilidad Régimen Contributivo**

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación: CC 1083812298  
 Apellidos: BRAVO BOLAÑOS  
 Nombres: DANY ALEXANDER  
 Tipo de discapacidad: No aplica  
 Plan de salud: Movilidad Régimen Contributivo  
 Tipo de afiliado: Cabeza de familia/Cotizante  
 Tipo de trabajador: Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes  
 Estado de servicio: Vigente  
 Fecha de Afiliación: 05/08/2024  
 Departamento de Afiliación: NARIÑO  
 Municipio de Afiliación: LA CRUZ  
 Zona: Urbana - Cabecera Municipal

**IPS de atención de primer nivel**

IPS	Dirección	Servicio
ESE HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO - LA CRUZ ( NARIÑO )	CL 12 KR 11 BRR GRANADA	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud. Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multifiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firmó el 8 de Abril de 2026, a solicitud del interesado.

**JEFE COMERCIAL**  
**EMSSANAR EPS SAS**

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.





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

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

**CERTIFICA QUE:**

**DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.812.298**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2026.

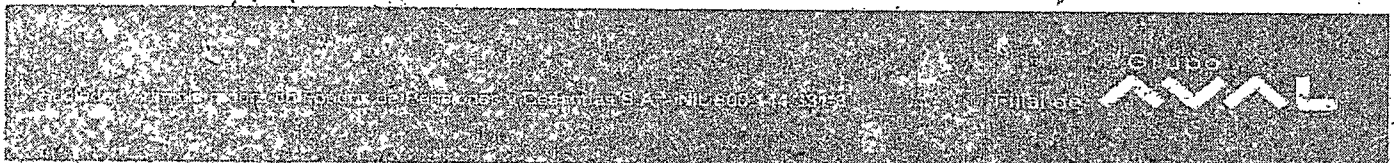
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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





FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO, VINCULACION Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN  
 PERSONA NATURAL  
 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO  
 MACRO PROCESO GESTIÓN GERENCIAL  
 PROCESO SARLAFT

Código  
 G-SARLAFT-F05  
 Version  
 V01-2017

**Sistema de administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO  
 DD MM AA  
 7 4 2026

**1. INFORMACIÓN BÁSICA**

Primer nombre:	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DANY	ALEXANDER	BRAVO	BOLAÑOS
No. Documento 1.083.812.298	Tipo de Documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>	Lugar de Expedición Belén-Nariño	Fecha de Expedición DD MM AA 26 7 2005
Dirección Residencia Cra 1 N° 3-88		Ciudad Belén-Nariño	Numero de Teléfono 3127102466
			Numero de Celular 3127102466
Detalle Actividad Económica: Actividades de la práctica médica, sin internación			Código CIU: 8621
Email: dannydabb4@gmail.com		Maneja Recursos Públicos? *SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Es usted Persona Expuesta Publicamente o Politicamente (PEPs): Públicamente <input type="checkbox"/> Politicamente <input type="checkbox"/> Ninguna <input checked="" type="checkbox"/>			
Observaciones:			

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Total Activos	15,000,000	Total Pasivos	\$0
Ingresos Mensuales	11,394,000	Egresos Mensuales	7,000,000
Total Patrimonio	15,000,000	Total otros Ingresos	\$0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada: MES 10 AÑO 2025 Declarante de Renta: SI  NO

Observaciones:

Maneja recursos Públicos, está expuesto públicamente, o es Extranjero - \*Si marcó SI por favor diligencie la información de referencias financieras

**2.1. REFERENCIAS FINANCIERAS (Exclusivo para clientes PEPS)**

1. Nombre de la entidad	Dirección	Teléfono
2. Nombre de la entidad	Dirección	Teléfono

**3. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**1- AUTORIZO** de manera expresa, a La ESE Hospital San Rafael de Pacho o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro sus calidades para:

- 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente.
- 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mí actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
- 3) Tratar (recolectar, almacenar, usar) mis datos personales con el propósito de garantizarme un adecuado servicio y funcionamiento de los productos y servicios adquiridos con ESE Hospital San Rafael de Pacho, para actividades de mercadeo y para información en general de la relación comercial con ESE Hospital San Rafael de Pacho.

Autorizo: SI  NO

3.1. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES - CONTINUACIÓN

2- DECLARO QUE: 1) El origen de mis bienes y/o fondos, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: Prestación de servicios como médico general

y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. 2) me comprometo a actualizar anualmente; y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por La ESE Hospital San Rafael de Pacho. 3) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a La ESE Hospital San Rafael de Pacho no utilizar o revocar mi información personal 4) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 5) La ESE Hospital San Rafael de Pacho me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 6) que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano.

4. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

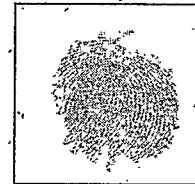
- 1. Copia del Documento de Identidad
- 2. Copia Completa del RUT

5. FIRMA Y HUELLA

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural y jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.

Firma del Cliente



Huella Índice derecho

Nombre: Dany Alexander Bravo Bolaños

Numero ID: 1.083.812.298

8. PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

✓ Dejo constancia que el cliente actualizado, ha sido consultado en listas como: FBI, ONU, OFAC, PANAMA PAPERS, PEPS, listas vinculantes y no vinculantes SARLAFT.

Sin Riesgo LA/FT

Con Riesgo LA/FT

Observaciones:

Nombre y firma del Oficial de Cumplimiento ESE Hospital San Rafael de Pacho.

Oficial de Cumplimiento SARLAFT  
ESE Hospital San Rafael de Pacho.



# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**

C.C-1.083.812.298

Participó y completó el curso virtual  
**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**  
Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 23 de febrero 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público

Código: 765936381000



E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL DE PACHO



MUNICIPALIDAD  
PÁRAMO DEL NORTE

## CERTIFICADO

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO CERTIFICA QUE:

Danny Alexander Bravo Bolaños

PARTICIPÓ EN:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2026 - ASISTENCIAL

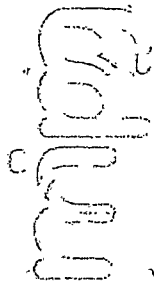
March 30, 2026

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PÉREZ

SUBGERENTE CIENTIFICO



Gobernación de  
**Cumbamarca**



Modelo Integrado  
de planeación  
y gestión.



Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

**DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS**

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del  
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSION 1.1 (2022)

Luz Dafehis Arango Rivera  
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

- Fundamentos Generales
- Talento Humano
- Dirección y seguimiento estratégico
- Gestión con valores para resultados
- Evaluación de resultados
- Información y comunicación
- Gestión de recursos humanos
- Control Interno



**FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE DATOS  
PERSONALES  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD  
MACROPROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA  
DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
PROCESO ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO**

<b>Código</b>
GTH-ATH-F-031
<b>Versión</b>
V01
<b>Fecha de elaboración</b>
22/12/2021

Fecha: 06 ABRIL 2026

Autorizo a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO, para que recolecte mis datos personales y los conserve dentro de sus bases de datos cuyo uso se encuentra destinado a mantener una constante comunicación con los contratistas.

En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y la Política Institucional de Protección de Datos Personales que regulan la autorización del titular de los datos personales para la recolección, almacenamiento y tratamiento de los mismos, autorizo a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO NIT 800.0099.860-5 con domicilio en Pácho Cundinamarca y ubicada en la Calle 9 N° 16-35 Barrio Nariño, para recolectar, almacenar usar, circular, suprimir, procesar, compilar, actualizar los datos personales que le sean suministrados por el suscrito PROVEEDOR y que incluyen, a título meramente enunciativo, nombre, identificación (cedula y/o Nit), dirección de domicilio, correo electrónico número telefónico fijo o móvil o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología, nombre del representante legal, cedula del representante, así como, nombre e identificaciones de otros empleados o colaboradores: teléfonos de contactos, información comercial y transferida en relación a la celebración ejecución y/o terminación de cualquier tipo de relación contractual o comercial lo cual se hará únicamente para fines empresariales con la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Leído lo anterior autorizo a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO de manera previa, explícita e inequívoca para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información reportada en este formato para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta verídica.

Firma:

Nombre y apellidos completos: DANY ALEXANDER BRAVO BOLAÑOS

Tipo de identificación: CC: 1083812298 NIT:           

Teléfono fijo/ móvil de contacto: 312 7102466

Correo electrónico: aleioram\_3c@yahoo.es

Dirección de domicilio: BELEN NARIÑO

