Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## DANIELA CASTRO VERA

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.002.355.458*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

## TÉCNICO EN

# SEGURIDAD OCUPACIONAL

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Barranquilla, a los trece (13) días del mes de octubre de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por
JUAN PABLO ARENAS QUIROZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JUAN PABLO ARENAS QUIROZ
Subdirector (E) CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLÁNTICO

**30582672 - 13/10/2016**
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9208001005388CC1002355458C.

Powered by CamScanner

*República de Colombia*
*Secretaría de Educación Distrital*

# *LICEO SUPERIOR DEL ATLÁNTICO*

Aprobado con Licencia de Funcionamiento Resolución Nº 1068 del 14 de Abril del año 2000
Emanada de la Secretaría Distrital de Educación de Barranquilla.

**Confiera a:**

## DANIELA PATRICIA CASTRO VERA

Identificado T.I. No. 1.002.355.458 De Montecristo (Bolívar)

El Titulo de:

## Bachiller Académico

ORDEN ESTUDIO

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondiente al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

LICEO SUPERIOR DEL ATLÁNTICO BARRANQUILLA - COLOMBIA RECTOR

Rector

LICEO SUPERIOR DEL ATLÁNTICO BARRANQUILLA - COLOMBIA SECRETARIO

Secretario

Libro No. 01 Acta No. 07

Folio No. 26 No. de Orden: 10

Dado en Barranquilla, a los 17 días del mes de Diciembre de 2011

No requiere de registro en la Secretaria Distrital de Educación
Según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de
Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Powered by CamScanner

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS TH 5661-2022**
**CONTRATISTA: DANIELA CASTRO VERA**
**OBJETO: DE APOYO A LA GESTION -AGENTE CALL CENTER**
**VALOR: $1400000**
**PLAZO: 01 de Noviembre de 2022 HASTA 30 de Noviembre de 2022**

Entre los suscritos a saber: **JUAN ESTEBAN SANCHEZ PAEZ,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número **7593016** expedida en el municipio de Pivijay Magdalena, quien en su condición de Gerente de la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**, quien para efectos contractuales se denominara **EL CONTRATANTE** de una parte y por la otra **DANIELA CASTRO VERA** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1002355458** quien bajo juramento, que se entiende rendido con la firma del presente contrato, declara no encontrase incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley, y quien para los efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos celebrado el presente acuerdo contractual que se regirá por las disposiciones y normas jurídicas aplicables, numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1.993, en concordancia con la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y de conformidad con los postulados que rigen la función administrativa, atendiendo al contenido de las cláusulas que a continuación se enuncian, previas las siguientes. **CONSIDERACIONES: 1** Que el Sub Gerente Administrativo de la E.S.E. Elaboró el estudio y documentos previos para definir la necesidad de la contratación de prestación de servicios, objeto del presente contrato y en los que se establece la necesidad, conveniencia y oportunidad para su celebración **2.** Que para lo anterior se inició el trámite pre contractual correspondiente**. 3.** Que el contratista presentó hoja de vida la cual satisfizo los requisitos de ley, adjudicándosele el presente contrato, **4.** Que la Oficina de Presupuesto de la ESE, expidió el Certificado de Disponibilidad Presupuestal 6576 el cual soporta presupuestalmente el compromiso que se deriva de la presente contratación. **5.** Que la selección del contrato se hizo mediante el proceso contratación directa. 6. Que el Jefe de Talento Humano certificó que la planta de personal no contaba con un funcionario para que desarrollara las tareas objeto de la presente contratación. En virtud de lo anterior las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO**: Prestación de servicios Tecnico de apoyo a la gestión como AGENTE CALL CENTER en el área de la Subgerencia Administrativa de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**. **CLAUSULA SEGUNDA: ALCANCE DEL OBJETO:** El objeto del presente contrato incluye las actividades y especificaciones indicadas en los estudios previos elaborados por **LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y en la propuesta presentada por el contratista, los cuales forman parte integral del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA: PLAZO DE EJECUCIÓN**: La duración del presente contrato es hasta el **30 de Noviembre de 2022 CLAUSULA CUARTA: VALOR DEL CONTRATO:** Para todos los efectos fiscales y legales el valor del presente contrato es por la suma de UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS **M/L($1400000) CLAUSULA QUINTA**: **FORMA DE PAGO:** Se realizara un único pago a corte **30 de Noviembre de 2022** a razon de UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($1400000) atendiendo al principio de anualidad presupuestal y por el periodo contratado. LA ESE cancelará al **CONTRATISTA** el valor antes señalado, previa presentación del acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor y/o interventor que el Hospital asigne. Para efectos, de pago el contratista deberá presentar además de lo anterior, la constancia y/o informes correspondientes a la realización de las actividades propias del objeto contractual, la acreditación del pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales (ARL) y la presentación de la factura y/o cuenta de cobro correspondiente según el régimen tributario al que pertenezca el Contratista. **CLAUSULA SEXTA: SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato estará a cargo del (a) Subgerente Administrativo o quien haga sus veces, quien deberá velar por lo normado en el artículo 4 de la ley 80 de 1993, entre ellos requerir al contratista cuando se presenten fallas en la prestación de servicios, prestar todo el apoyo que el contratista requiera para el adecuado desarrollo del objeto contractual, así mismo será el encargado de recibir los informes por parte del contratista, cualquier comunicación a que hubiere lugar y verificar el cumplimiento del pago de los aportes a la seguridad social integral. **Parágrafo 1:** El supervisor podrá solicitar acompañamiento del coordinador o jefe de área para velar el cumplimiento del contrato por parte del contratista. **Parágrafo 2:** El ordenador del gasto podrá en cualquier momento modificar el supervisor sin que para ello se requiera la supervisión de otros y para ello bastará la comunicación al nuevo supervisor y al contratista. **CLAUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.**1)Cumplir el contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por lo tanto, no existe, ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno entre las partes. 2) Entregar al supervisor del contrato todos los informes que se soliciten sobre cualquier



Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **DANIELA CASTRO VERA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1002355458** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **PEREZ RADIOLOGOS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **01/07/2022** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 28 de noviembre del 2022. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

**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:

**DANIELA CASTRO VERA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.355.458**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2023.

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.

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

El suscrito(a), **DANIELA CASTRO VERA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, 1002355458 expedida en BARRANQUILLA ATLANTICO actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los articulos1,2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993,asi como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

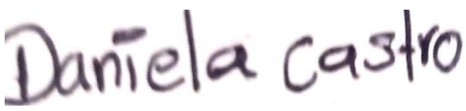
Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad el 16 de Enero de 2023.

Firma: 

Nombre**: DANIELA CASTRO VERA**

C.C **:1002355458** expedida en BARRANQUILLA ATLANTICO

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2.Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3.Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4.Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5.Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6.Mediante la página web de la entidad **(https://maternoinfantil.gov.co),** podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8.Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales **la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOELDAD.**

9.La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el Miércoles, 16 de Enero de 2023.

Firma:

Nombre: 


Identificación: CC : 1002355458