

República de Colombia



Departamento del Atlántico



Instituto Técnico de Administración y Salud

Licencia de Funcionamiento No. 087 de Febrero 23 de 1.999 Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla

Otorga a:

Klemen José Marriaga Reales

Documento de Identidad No. 1.044.330.095 de Campo de la Cruz (Atlántico)

Por haber terminado satisfactoriamente sus estudios teórico-prácticos con duración de 1600 horas

El Presente Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar Administrativo En Salud

Dado en Barranquilla a los 24 días del mes de Agosto de 20 24

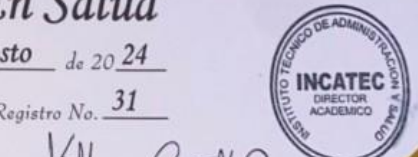
Anotado en el folio No. 5289B del libro No. 13 Registro No. 31



Director General

Código de Seguridad

INC-2024A-D093



Directora Académica



Licencia de Funcionamiento No. 087 de Febrero 23 de 1999 Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla
Nº: 602.008.964-0

Expede la presente Constancia de Asistencia a:

Klemen José Marriaga Reales

Documento de Identidad No. 1044330095 de Campo de la Cruz

Por haber Realizado y Aprobado el Diplomado de:

Facturación en los Servicios de Salud

Con una Intensidad de 100 horas

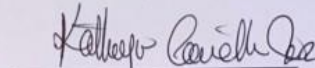
Dado en la Ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los 24 días del mes de Agosto de 20 24

Anotado en el Libro No. 07 Folio No. 3223




Director General




Director Académico

Republica de Colombia



y en su nombre

Institución Educativa Técnica Comercial
LA INMACULADA

De Campo de la Cruz-Atlántico, plantel de carácter oficial aprobado por la
Secretaría de Educación Departamental según Resolución N° 3568 del 24 de Nov. de 2004

Confiere a:

Klemen Jose Marriaga Reales

Identificada (o) con T.I. 1044330095 de Campo de la Cruz

El título de
Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media según los planes, programas vigentes y avances del
Proyecto Educativo Institucional

Rector

L. CASTILLO E.
Mg. Leonardo Cast'ño Escorcía

Secretaria

S. Paez
Sofía Paez Escorcía

Folio N°. 44
Acta N°. 022





CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. CEDULA 1.044.330.095 expedida en CAMPO DE LA CRUZ, ATLÁNTICO 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 artículos 1, 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, así 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

Soledad, 02 de Enero de 2025

Firma: 

C.C 1.044.330.095

Nombre: **KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES**



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.044.330.095 de Campo de la cruz, Atlántico en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales _____ y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES identificado (a) con C.C. No. 1.044.330.095 de Campo de la cruz, Atlántico ,en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Ce 17ª 57 127
NUMERO DE TELÉFONO	3242431519
CORREO ELECTRÓNICO	Klemenmarriaga@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	Mutual ser

firma 

CC 1.044.330.095 de Campo de la cruz, Atlántico

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 01 de Agosto de 2024



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES

Documento de Identidad: 1.044.330.095





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 CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA 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 CIUADDELA 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 CIUADDELA 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 CIUADDELA 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 CIUADDELA 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 CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

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 02 de Enero de 2025

Firma: 

Nombre: KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES

Identificación: 1.044.330.095



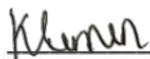
Soledad, 06 de Febrero de 2025

Asunto: Autorización de consulta

Yo KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES identificado con cedula de ciudadanía numero 1.044.330.096, autorizo la consulta de mis datos por parte de Entidades Públicas a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II

Cordialmente,

KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES



Firma

**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:

KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.330.095**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2025.

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.

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **KLEMEN JOSE MARRIAGA REALES** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1044330095** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **CABEZA DE FAMILIA**.

Estado Afiliado:	Activo
IPS de atención:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA
Nivel de Sisben:	1
Fecha afiliación:	10/08/2021
Régimen:	Subsidiado
Modalidad Subsidio:	Subsidio Total

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 07 de febrero del 2025. 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,



EMIRO SERRANO

Director de Operaciones - Subsidiado

afiliacion@mutualser.com

MUTUAL SER EPS