

Republica de Colombia



Por autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

Aprobada por Resolución N° 2821 del 31 de Mayo de 1977 del Ministerio de Educación Nacional
Decreto Jurídico Expediente No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Fisioterapeuta

A EDUIN JOSE VARELA CERVANTES

con cédula de ciudadanía No. 81.700.584 de Soledad

y en cumplimiento se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 22 días del mes de Octubre del 2002 y lo refrenda con las firmas y sellos

El Secretario General



El Rector



El Decano de la Facultad

COMISIÓN D. ACADÉMICO
Secretaría de Evaluación y Control de Calidad
Barranquilla sede Barranquilla para todos los
cursos de grado
Resolución No. 001.3.2.11-05
de 1999 (Punto 1) del artículo 13 del
Plan y Estatutos de la Corporación

Registrado en el Libro No. 712 del Libro de Diplomas 12 Secretaría General de la Corporación





Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 de 2005

NIT. 890.104.633-9

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR,
CON PERSONERIA JURIDICA SEGÚN RESOLUCION No 1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972
FACULTAD DE FISIOTERAPIA**

ACTA No. 005

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los 8 días del mes de febrero de 2002, en la Decanatura de la Facultad de Fisioterapia de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, se reunió el grupo de Examinadores de trabajos de grado, para evaluar al egresado **EDUIN JOSÉ VARELA CERVANTES**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **8.505.584** de **Soledad (Atlántico)** y con Libreta Militar No. **8505584** Distrito No. 55 en el Trabajo de Grado titulado:

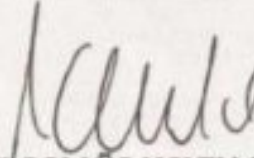
EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS CON ENFASIS EN LAS HABILIDADES MOTRICES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE VIDA DE LA TERCERA EDAD DEL MUNICIPIO DE GALAPA. ENERO 2001 A FEBRERO 2002.

Por el tiempo reglamentario y de acuerdo con las normas de Grado, los Examinadores interrogaron sobre el tema presentado. Terminada la evaluación, el Egresado fue calificado con una nota de **3.50**. Actuaron como Examinadores **LILIANA OSORIO Y MARTA LINERO** y como Director **SILVANA BRETON ALTERIO**.

El día **VEINTITRES (23)** de **OCTUBRE** de 2002, en la Casa de la Cultura de América Latina de esta Institución, se reunió la Sala General y el Consejo de Gobierno, para otorgar por intermedio del Señor Rector Ejecutivo DR. JOSE CONSUEGRA BOLIVAR, el título de **FISIOTERAPEUTA**, al Sr.(a). **EDUIN JOSÉ VARELA CERVANTES** habiéndosele tomado el juramento de rigor y se le hizo entrega del respectivo diploma que lo acredita como **FISIOTERAPEUTA**.

En constancia se extiende y se firma esta Acta. FDO Doctor JOSE CONSUEGRA BOLIVAR, Rector. FDO Doctor RAFAEL BOLAÑO MOVILLA. Secretario General. FDO Doctora **ESTELA CRISSIEN DE PEREZ**. Decano Facultad de Fisioterapia.

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL


RAFAEL BOLAÑO MOVILLA
Secretario General

Barranquilla, Mayo 15 de 2006



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES
DE LA INFANCIA AIEPI - CLÍNICO**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.**
Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **GESTION DE DUELO**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH. **Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.
Directora Académica.

JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal

VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **ATENCIÓN AL PACIENTE DE CONFLICTO ARMADO CON ENFOQUE PSICOSOCIAL**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Eduin Varela Cervantes

CC: 8505584

En el Curso de: **SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este **Curso Teórico - Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.**
Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023**, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **10** del mes de **Marzo** del **2025** con una intensidad de **80 horas**.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Johanna Tapia M.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Victor Hugo Estrada Pedrozo

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO



VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com



DEPARTAMENTO DE
ATLANTICO

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 002311 DE 2006
(23 JUN. 2006)

“ Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio Profesional “

EL SECRETARIO DE SALUD DEL ATLÁNTICO

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y

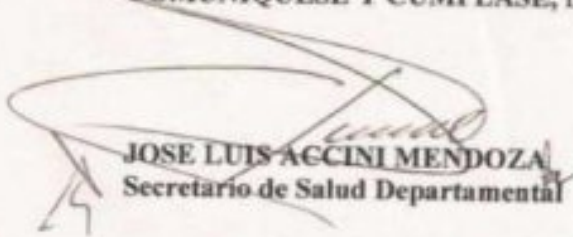
CONSIDERANDO

Que **EDUIN JOSE VARELA CERVANTES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 8505584 Expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio profesional como **FISIOTERAPEUTA**, según **TITULO** que le otorgó la **UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**, el día 8 de febrero de 2002, según acta de Grado No. 5.

RESUELVE

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **EDUIN JOSE VARELA CERVANTES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 8505584, expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la profesión de **FISIOTERAPEUTA** en el Territorio Nacional

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE, Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 23 JUN. 2006


JOSE LUIS ACCINI MENDOZA
Secretario de Salud Departamental

Compromiso para una vida digna

Carrera 45 entre calles 39 y 40 - Teléfonos: 514125 - 3407342 - Fax: 3512373 - www.gobatl.gov.co

Código Único para Dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado



I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN B. REPORTE DE NOVEDADES
2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual a) Cotizante o cabeza de familia b) Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. Prestado
3. RÉGIMEN
A. Contributivo B. Subsidiado
4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante CF Cabeza de Familia BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente B. Independiente C. Fijado
6. CÓDIGO DE LA INSTITUCIÓN DE SERVICIOS 7. FECHA DE LA SOLICITUD 5204127723

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO Varela SEGUNDO APELLIDO Cervantes PRIMER NOMBRE Edwin SEGUNDO NOMBRE Jose
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE PA CD SC HE B. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 8505584 9. SEXO M F 10. FECHA NACIMIENTO 8779
11. BRUJER ÉTNICO Océano 12. DISCAPACIDAD Tipo Condición 13. PLAN DE Y NIVEL DEL SISBEN A-1 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES 17. IMPRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CL 15 # 22-65 LOCALIDAD / COMUNA Centro BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO Soledad DEPARTAMENTO Atlántico ZONA U R TELÉFONO MÓVIL 3173694144 CORREO ELECTRÓNICO TELEFONO FIJO 9115

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o concubino (a) permanente del cotizante)
19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE PA CD SC HE B. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 22. SEXO M F 23. FECHA NACIMIENTO DPA MES AÑO CÓDIGO IPS

IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. MANEJO DE LA LINGUA	30. SEXO	31. FECHA DE NACIMIENTO	32. MANEJO DE LA LINGUA	33. CATEGORÍA	34. CONDICIÓN
1										
2										
3										
4										

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
35. Nombre o Razón Social 36. Tipo documental de identidad 37. Número documento de identidad 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DPA MES AÑO CARGO SALARIO

VI. REPORTE DE NOVEDADES
40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA DESCRIPCIÓN EN LA EPS
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EJECUCIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTÓNOMA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTÓNOMA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. PASAJE
A) MESA REUNIÓN
B) INFORME DECORON
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL TESORO
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PRESTACIONES
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE PA CD SC HE B. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD SEXO M F FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) 43. EPS ANTERIOR Código 44. EXCEPCIÓN DEL VASLADO (ESTAR ENFERMO) (ESTAR ENFERMO) (ESTAR ENFERMO) (ESTAR ENFERMO) 45. CAJA DE COMPENSACIÓN (AFILIADO O PAGADOR DE PENSIONES)

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
46. Declaración de veracidad de los datos suministrados y autorización para el uso de la información.
47. Declaración de la no existencia de afiliación a otro régimen de seguridad social.
48. Declaración de no haber sido beneficiario de otro régimen de seguridad social.
49. Declaración de no haber sido beneficiario de otro régimen de seguridad social.
50. Declaración de no haber sido beneficiario de otro régimen de seguridad social.
51. Declaración de no haber sido beneficiario de otro régimen de seguridad social.
52. Declaración de no haber sido beneficiario de otro régimen de seguridad social.
53. Declaración de no haber sido beneficiario de otro régimen de seguridad social.

IX. FIRMAS
Edwin J. Varela de familia o beneficiario
49. Firma y sello de la entidad aportante o entidad responsable de la afiliación (señala institución o EPS en caso de cotizante por prestación de servicios)

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDUIN JOSE VARELA CERVANTES identificado(a) con C.C No. 8.505.584, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 28 de julio del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **EDUIN JOSE VARELA CERVANTES** identificado con **CC No. 8505584**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - NI. 802013023	Fecha de inicio de cobertura: 03/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/03/2025 Fecha fin de Contrato: 31/03/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013312061.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

**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 CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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 CIUADELA 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 CIUADELA 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 CIUADELA 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 CIUADELA 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 CIUADELA 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 26 de febrero de 2025

Firma:



Nombre:

Eddin Jose Varela Corvantes.

Identificación:

8.505.584



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **EDUIN VARELA CERVANTES** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **8.505.584** expedida en **SOLEDAD** 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, 01 de FEBRERO de 2025

Firma: 

c.c 8505.584
Nombre: Edwin J. Varela C.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Edwin Jose Varela Cervantes identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 8.505.584 de Soledad, 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 POSITIVA 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, Edwin Jose Varela Cervantes identificado (a) con C.C. No. 8.505.584 de Soledad, 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
NUMERO DE TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO
FONDO DE PENSIÓN
EPS A LA CUAL ESTOY
AFILIADA ACTUALMENTE

Calle 15 #22-65 Barrio Centro Soledad
3173694144
varela.joan.490@gmail.com
colfondos
Uuova Eps.

firma



8.505.584

N° de cedula

*Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo Imprenta