



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*

## **VICTOR LUIS MORENO VARELO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1193047345*

*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**

**APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD.**

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Título en Palmira.  
a los tres (3) días del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)*

Firmado Digitalmente por

SANDRA VIVIANA GARCIA LOPEZ

Subdirectora CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL  
REGIONAL VALLE

82430034 - 03/05/2024

No y FECHA REGISTRO



*El*  
***Colegio de educación para adultos de la costa***  
***Soledad – Atlántico***

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento del Atlántico mediante Resolución  
N° 0933 de Junio 21 del 2000

**Confiere a:**

**MORENO VARELO VICTOR LUIS**

Identificado (a) con: T.T. No. 1.193.047.345 Soledad (Atlántico)

**El Título de :**

***Bachiller Académico***

Por razón de haber cursado y Aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación  
Media, de acuerdo con la Ley 115 de 1994 y los Decretos No. 1860 de 1994 y No. 3011 de 1997

  
\_\_\_\_\_  
**Marcos Florián Barrios**  
C. C. N° 72.435.453 De Soledad  
**Rector**

  
\_\_\_\_\_  
**Ana María Rada Caballero**  
C. C. N° 1.042.443.568 De Soledad  
**Secretaria**



Anotado en el Libro de Registro No. 001  
No. De Orden 2305 Folio 87  
Acta de Grado No. 055 de Julio 3 de 2020  
Soledad, 03 de Julio de 2020

Señores  
**A QUIEN INTERESE**  
Barranquilla

**CAJACOPI EPS S.A.S.**  
**NIT: 901.543.211-6**

**HACE CONSTAR**

Que el (la) señor (a), **VICTOR LUIS MORENO VARELO**, identificado (a) con documento de identidad tipo cedula de ciudadanía N.º 1. 193.047.345 expedida en Soledad (Atlántico), estuvo vinculado (a) a la empresa en calidad de **APRENDIZ** en etapa práctica por medio de la Entidad educativa **-SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-** correspondientes a la especialidad de **TECNICO PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN SALUD**, cumpliendo funciones en el área de **SIAU** mediante un contrato de aprendizaje que inicio el 11 de septiembre 2023 hasta 10 de marzo 2024

Se expide esta constancia a solicitud de la parte interesada, en la ciudad de Barranquilla (Atlántico), a los trece (13) días del mes de marzo de 2024.

Atentamente,



**LELLYS PACHECO CHOPERENA**  
Asistente de Desarrollo de Talento Humano  
Lellis.pacheco@cajacopieps.com  
PBX:3185930 Ext 114

 **Línea nacional: 018000111446**

 **Correo: contacto@cajacopieps.com**

 **www.cajacopieps.com**

Señor (a): VICTOR LUIS MORENO VARELO  
CC. 1193047345  
Calle 18 # 16-32  
Soledad

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 5 de 2012, y su estado afiliación es Activo como TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co) Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**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:**

**VICTOR LUIS MORENO VARELO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.047.345**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo 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.

**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.

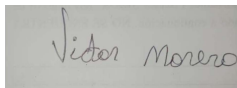
7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier 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 02 de Mayo de 2025

Firma:



Nombre: **VICTOR LUIS MORENO VARELO**

Identificación: **1.193.047.345**





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **VICTOR LUIS MORENO VARELO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. **1.193.047.345** 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, 02 de mayo de 2025

Firma:

**C.C 1193047345**

Nombre: **VICTOR LUIS MORENO VARELO**

