



NIT. 802.008.964 - 0

Lic. de Funcionamiento No. 087 de febrero 23 de 1999 Secretaría de Educación Distrital
Lic. de Funcionamiento No. 105 de abril 29 de 2001 Secretaría de Educación Municipio Atlántico



ACTA DE CLAUSURA DE PROGRAMAS Y CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO

En la ciudad de Barranquilla, a los Diecisiete (17) días del mes de Diciembre de 2018, en el Salón de Eventos de Combarranquilla sede Boston, siendo las Nueve (11:00 A.M.) de la mañana se reunieron los suscritos Director General, Doctor **JORGE TAMAYO ARGUELLES** y la Directora Académica Señora **KATHYA CENETH DIAZ MENDOZA** del INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACIÓN - INCATEC y demás invitados especiales, con el fin de formalizar en ceremonia de clausura de programas la culminación de estudios de (la) estudiante **Ramiro José Gomez Gamez**, identificado(a) con la cédula No **1.042.465.148** expedida en **Soledad (Atl.)**, quien llenó todos los requisitos que el Reglamento Pedagógico estipula para optar al Certificado Aptitud Ocupacional Como Técnico Laboral por Competencias en **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, con una intensidad de 1600 Horas, el Director General tomó el juramento reglamentario e hizo entrega del correspondiente certificado y la presente acta debidamente firmados, sellados y registrados en el folio No **3906B** del libro de certificaciones No **10** y Registro No. **17**

Es fiel copia tomada del original debidamente firmada por el Director General y la Directora Académica. Dada en Barranquilla a los Diecisiete (17) días del mes de Diciembre de 2018.



JORGE TAMAYO ARGUELLES
Director General



KATHYA CENETH DIAZ MENDOZA
Directora Académica

República de Colombia



Departamento del Atlántico



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

Otorga a:

Ramiro José Gomez Gamez

Documento de Identidad No. 1.042.465.148 de Soledad (Atl.)

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

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

Auxiliar Administrativo

Dado en Barranquilla a los 17 días del mes de Diciembre de 20 18

Anotado en el Folio No. 3906B del Libro No. 10 Registro No. 17



Director General



Director Académico

INC-D164-2018B

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GOMEZ GAMEZ RAMIRO JOSE** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1042465148** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**
IPS de atención: **PEREZ RADIOLOGOS SAS**
Categoría: **A**
Fecha de afiliación: **06/02/2024**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 21 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.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
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:

RAMIRO JOSE GOMEZ GAMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.465.148**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.



**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 01 de Febrero de 2025

Firma: Ramiro Gómez

Nombre: Ramiro José Gómez Gómez

Identificación: 1042465148



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), RAMIRO JOSE GOMEZ GAMEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1042465148 expedida en SOLEDAD, 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 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: *Ramiro Gómez*
C.C. 1042465148
Nombre: *Ramiro José Gómez Gómez*

