



# CORPORACIÓN EDUCATIVA FORMAR

En nombre de la REPÚBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y Secretaría de Educación Distrital  
Licencia N° 00511 de 2001 y Resolución de Programa N° 05719 de 2010  
CELAC - Certificación en calidad ISO 9001, NTC 5555

Teniendo en cuenta que:

*Sheldon David Manuel Sarmiento*

C.C. No 72.312.293 Expedida en Santo Tomas (Atlántico)

Plido los requisitos académicos exigidos por la Corporación, le otorga con todas las prerrogativas y derechos el certificado de técnico laboral por competencias con una duración de 1800 horas

*Asistente Administrativo en Salud*

Dado en Barranquilla, a los 3 días del mes de Diciembre de 2014

*[Signature]*  
Director Administrativo

*[Signature]*  
Director

*[Signature]*  
Director de Académico



**C. E. F.**

# **CORPORACION EDUCATIVA FORMAR**

Aprobado por S.E.D. Lic. N° 000511 de 2001 CELAC - Certificado en Calidad ISO 9001, NTC 5555, NTC 5581

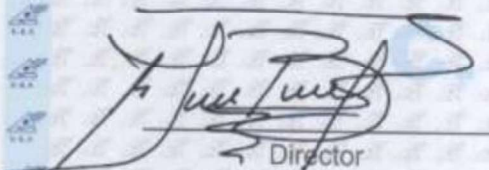
## **CERTIFICA QUE:**

**SHELDON DAVID MURIEL SARMIENTO**  
**C.C. N° 72.312.293 Exp. Santo Tomás (Atl.)**

**Asistió al seminario**  
**ETICA Y VALORES**

**Intensidad Horaria 4 Horas**

*Dado en Barranquilla a los 24 días del mes de junio de 2014*



Director



Conferencista



C. E. F.

**CORPORACION EDUCATIVA FORMAR**

Aprobado por S.E.D. Lic. N° 000511 de 2001 CELAC - Certificado en Calidad ISO 9001, NTC 5555, NTC 5581

SEMGEN 25.0406.2013 404

**CERTIFICA QUE:**

**SHELDON DAVID MURIEL SARMIENTO**  
C.C. 72.312.293

*Participó en el Seminario*  
**EMPRENDIMIENTO**

*Intensidad Horaria 20 Horas*

*Dado en Barranquilla a los 25 días del mes de junio de 2013*

Director

Conferencista



**C. E. F.**

## **CORPORACION EDUCATIVA FORMAR**

Aprobado por S.E.D. Lic. N° 000511 de 2001 CELAC - Certificado en Calidad ISO 9001, NTC 5555, NTC 5581

### **CERTIFICA QUE:**

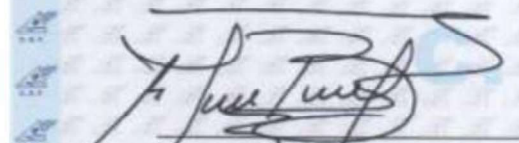
**SHELDON DAVID MURIEL SARMIENTO**  
**C.C. N° 72.312.293 Exp. Santo Tomás (Atl.)**

**Asistió al seminario**

**GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD**

**Intensidad Horaria 4 Horas**

*Dado en Barranquilla a los 24 días del mes de Mayo de 2014*



Director



Conferencista

BEMESP 13.04.2013 0142



C. E. F.

# CORPORACION EDUCATIVA FORMAR

Aprobado por S.E.D. Lic. N° 000511 de 2001 CELAC - Certificado en Calidad ISO 9001, NTC 5555, NTC 5581

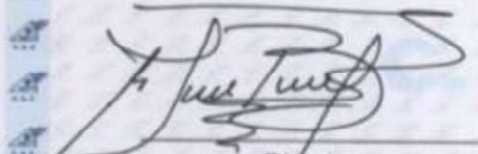
## CERTIFICA QUE:

**SHELDON DAVID MURIEL SARMIENTO**  
C.C. 72.312.293

*Participó en el Seminario*  
**ACTUALIZACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

*Intensidad Horaria 4 Horas*

*Dado en Barranquilla a los 13 días del mes de abril de 2013*

  
Director

  
Conferencista



**LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE GESTION  
EMPRESARIAL DE COLOMBIA "GEMCOL"**

**HACE CONSTAR**

Que el señor **SHELDON DAVID MURIEL SARMIENTO** identificado con cedula N° **72.312.293** estuvo activo en esta entidad, desde el 15 de junio de 2016, fecha en la que se aceptó efectivamente su afiliación e ingreso al Sindicato de Gremio hasta el día 30 de octubre de 2016, fecha en la cual se hizo efectivo su retiro de la misma; se desarrolló como una persona íntegra, cumplidora de sus funciones y deberes dentro de los estándares de eficiencia y eficacia.

El mencionado señor se desempeñó como, **AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN GESTION DOCUMENTAL** siendo parte activa de un servicio prestado por GEMCOL un tercero, de acuerdo con lo dispuesto por el C.S.T. y el decreto 1429/10, normas que regulan el contrato colectivo laboral, los estatutos y reglamentos internos, dando cumplimiento de esta forma a la misión y credo de GEMCOL.

La presente se expide a solicitud de la parte interesada, al doce (12) días de mes de julio de 2.017.

Atentamente,

**JOYCE VILLARREAL ALTAMAR**  
Directora Administrativa  
C.C. archivo.

**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**  
**NIT 900.226.715 - 3**

**CERTIFICA:**

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC 72312293  
Nombres: SHELDOM DAVID MURIEL SARMIENTO  
Tipo de afiliado: Cabeza de familia  
Fecha de afiliación: 2021-05-01  
Estado de afiliación: Activo  
Régimen: Subsidiado  
Nivel Sisben: 2  
Departamento - Municipio: ATLANTICO SANTO TOMAS

|                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| Tipo de Servicio | IPS                         |
| IPS Atención     | ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS |

**OBSERVACIONES:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.  
La anterior certificación se expide y firma el 2025-10-03 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-11-02

  
**CARLOS TORRES SALAZAR**  
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SHELDON DAVID MURIEL SARMIENTO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72312293**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de octubre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



**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 03 de Octubre de 2025

Firma: SHELDON MURIEL SARMIENTO

Nombre: SHELDON MURIEL SARMIENTO

Identificación: 72.312.293





## **CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

El suscrito(a), SHELDON MURIEL SARMIENTO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 72.312.293 expedida en SANTO TOMAS 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 Septiembre de 2025

Firma: SHELDON MURIEL SARMIENTO

**C.C 72.312.293**

Nombre: **SHELDON MURIEL SARMIENTO**



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de Soledad, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA 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, SHELDON MURIEL SARMIENTO identificado (a) con C.C. No 72.312.293, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI  NO

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO                   | CARRERA 5 18-88 SANTO TOMAS |
| NUMERO DE TELÉFONO                       | 3014756526                  |
| CORREO ELECTRÓNICO                       | sheldavid@hotmail.com       |
| FONDO DE PENSIÓN                         | COLPENSIONES                |
| EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE | COOSALUD                    |

Firma SHELDON MURIEL SARMIENTO

CC 72.312.293

**Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta**

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sheldon Muñoz S. identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 72.312293. 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 AXA Colpatría 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, Sheldon Muñoz S. identificado (a) con C.C. No 72.312293. , 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 AXA COLPATRIA ARL**

SI  NO

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO                   | <u>KR. 5 # 18-88.</u>         |
| NUMERO DE TELÉFONO                       | <u>3014756526.</u>            |
| CORREO ELECTRÓNICO                       | <u>sheldasid@hotmail.com.</u> |
| FONDO DE PENSIÓN                         | <u>colpensiones.</u>          |
| EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE | <u>EPS. coosalud.</u>         |

firma

cc Sheldon.Munoz S.

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta