



Institución Educativa Diversificada Oriental de Santo Tomás 9
Plantel Oficial -Licencia de Funcionamiento según Resolución No.04001 el 02 de
Diciembre de 2003 Emanada de la Secretaría de Educación Departamental.
(ANTIGUOS- COLEGIO ORIENTAL DE BACHILLERATO MASCULINO,FEMENINO Y
NOCTURNO DE SANTO TOMAS.)
NIT. 890.103.036 -7 Código Dane No. 108685000020-01 Distrito 2 Núcleo 25.
Código ICFES: Jornadas Mañana 028696, Tarde 004036, Jornada Nocturna 047142
Dirección calle 8 A No. 14 - 16 Teléfono: 8790819 ,
Email: colegioriental@yahoo.es

ACTA DE GRADO N° 033 Del 20 de Diciembre de 1996

En el municipio de Santo Tomás, a los 20 días del mes de Diciembre del año 1996, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo grado, los suscritos Rector y Secretaria del Colegio De Bachillerato Oriental Masculino de Santo Tomás, aprobado según resolución número No.424 de Agosto 30 de 1996. en los niveles de Básica y Media. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de las alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica y Media se procedió a otorgar el Título de **Bachiller Académico** los graduandos cuyo número de orden, nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

N° NOMBRES Y APELLIDOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

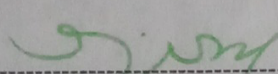
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
121	ROMERO HEREDIA ALBERTO MARIO	C.C.No 72,313913 de Santo Tomás(Atlántico)

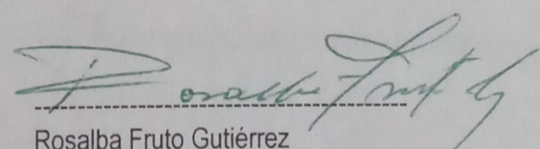
Es fiel copia tomada del Acta Original No 033 de fecha 20 de Diciembre del 1996 que consta de 141 estudiantes graduados, comienza con el nombre de **ACOSTA BADILLO EDSON ENRIQUE** y termina con el nombre de **VILARO ANAYA PAVEL**.

Para constancia se firma la presente acta, por quienes intervinieron en ella, en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 88 de la Ley 115 de 1994.

Se expide en Santo Tomás (Atlántico) a los 19 días del mes de enero de 2011.

Firmado.


LIC. Rafael Manga Rodríguez
C.No. 9.269.361 de Mompox (Bolívar)
Rector


Rosalba Fruto Gutiérrez
C.C.No. 22.672.415 de Santo Tomás
Secretaria General

La República de Colombia y en su nombre



El

Colegio Oriental Masculino

Santo Tomás

Plantel Oficial aprobado por resolución No. 421 de Agosto 30 de
1980 del Ministerio de Educación Nacional

Confiere a:

ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA

Identificado (a) con E.I. No. 790422-11325 de SANTO TOMAS

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media,
Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector (a)



Secretario (a)

Santo Tomás de 28 de 1980 de 100

Inscrito al folio No. 013 del Libro de Registro 211

Secretaría de Educación.



HOSPITAL NAZARETH E. S. E.

NTT. 800.181.796-6
KRA.16 N° 47B-06
TEL.3659873

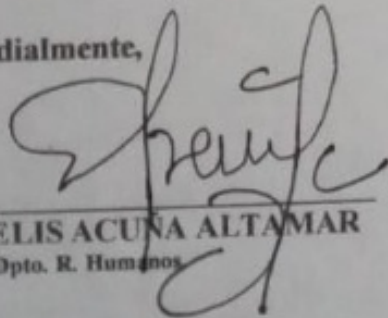
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el señor: ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA identificado con cedula de ciudadanía No 72.313.913 labora en esta entidad desde el 04 de enero del 2001, desempeñándose como **CAJERO AUXILIAR** con una asignación mensual de **NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS(\$ 977.000)**, mas recargo promedio de \$ 414.207.

Se expide en Barranquilla a los 26 días del mes de agosto del 2004 a solicitud del interesado.

Cordialmente,



EVELIS ACUÑA ALTAMAR
Jefe Dpto. R. Humanos

Buscar...

1 de 1

100%

Informe principal

Medellín
30/10/2014

Opciones

**SINDICATO DE PROFESIONALES DE EN GESTION Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
OPCIONES-BARRANQUILLA**

NIT: 900499361-1

Hace constar que el (la) Señor(a): ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA
con número de identificación: 72313913
recibe en promedio los siguientes conceptos mensuales:

AUX. PARA AFILIADOS PARTICIPES	\$	156.947
COMPENSACION BASICA MENSUAL	\$	852.741
TOTAL:	\$	1.009.688

un millón nueve mil seiscientos ochenta y ocho pesos m.l.

y ha ejecutado los siguientes convenios sindicales

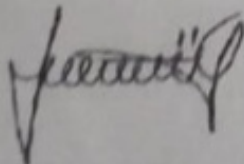
<u>Tipo Afiliación</u>	<u>Cargo</u>	<u>Fecha Inicio</u>	<u>Fecha Fin</u>
AFILIADO PARTICIPE	TECNICO ADMINISTRATIVO	16/02/2012	-

Convenio de ejecución a termino indefinido.

Este certificado se expide a solicitud del interesado a través de www.fedsalud.com

Por favor contactenos ante cualquier verificación o información adicional sobre el presente certificado.

NOTA: Compensación básica mensual es variable.



JACQUELINE GONZALEZ CANO



**NEGOCIOS
TERCERIZADOS S.A.S.**
WWW.NEGOCIOSTERCERIZADOS.COM

NIT. 900517237-3

A QUIEN
INTERESE

CERTIFICAMOS que la siguiente información, corresponde a las características contractuales de nuestro trabajador:

Nombre : ROMERO HEREDIA ALBERTO
MARIO
Cédula : 72.313.913
Cargo : ASISTENTE SECCIONAL
AUTORIZACIONES
Fecha Ingreso : 04/06/2019
Fecha de Expiración : 06/08/2020
Tipo Contrato : Termino Fijo
Sueldo Básico : \$1.367.000 .
En Misión : CAJACOPI
MOTIVO DE TERMINACION : Vencimiento de plazo pactado entre las partes."

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado en la fecha: 04 DE MAYO DE 2021.

Atentamente,

NEGOCIOS TERCERIZADOS SAS



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.313.913**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



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, **ALBERTO MARIO ROMERO HERRERA** identificado con **CC No. 72313913**, 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: 01/02/2025 Fecha fin de Contrato: 28/02/2025 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): 202501012794960.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de febrero 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 01 de Febrero de 2025

Firma: 

Nombre: ALBERTOI MARIO ROMERO HEREIDIA

Identificación: 72.313.913





CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 72.313.913 expedida en SANTO TOMAS 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

Alberto Mario Romero H

Firma:

C.C. **72.313.913**

Nombre: **ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA**



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 72.313.913 DE SANTO TOMAS 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,ALBERTO MARIO ROMERO HEREDIA identificado (a) con C.C. No. 72.313.913 de SANTO TOMAS ,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	CRA 14 N 1-05
NUMERO DE TELÉFONO	3156306675
CORREO ELECTRÓNICO	ALBERTOMARIOROMEROH@GMAIL.COM
FONDO DE PENSIÓN	PORVENIR
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	SALUD TOTAL

Alberto Mario Romero H
firma

CC 72.313.913

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta