



EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



# LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

**ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE**

C.C.No. 8.643.933 de Sabán alarga

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS  
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

**O D O N T O L O G O**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA  
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

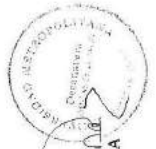


*David San Juan Pugliese*  
VICE-RECTOR

ACORDAN DEL A.T. 1993  
Registro Administrativo - DAS-151  
del Título para odontólogo  
el día 27 de Julio de 1993 NUMERO DE REGISTRO 0 - 1119  
ANOTADO AL FOLIO 46 DEL LIBRO 1796



*Elkin David San Juan Pugliese*  
RECTOR



*Elkin David San Juan Pugliese*  
DIRECTOR DEL PROGRAMA

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS  
27 DIAS DEL MES Julio DEL AÑO 2001



# UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector:

teniendo en cuenta que:

**ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE**

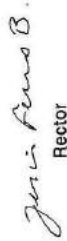
C.C. No. 8.643.933 de Sabanalarga

**Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad,  
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:**

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

Dado en Barranquilla, a los 6 días del mes de Marzo de 2004

  
Decano de División

  
Rector

  
Secretario Académico

Libro No. 09

Acta No. 2004-03-08-24

Registrado LR No. 15  
Folio 211 - 0844

15340



# UNIVERSIDAD METROPOLITANA CIENCIAS DE LA SALUD

## **Acta de Grado: Programa de ODONTOLOGIA**

Otorgado a **ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE**  
C.C. No. 8.643.933 de Sabanalarga -Atl.

En Barranquilla a los 27 días del mes de julio de 2001 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector , Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico. Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

**ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE**  
C.C.No.8.643.933 de Sabanalarga – Atlc.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

**ODONTOLOGO**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 27 días del mes de julio de 2001

  
**EDUARDO ACOSTA BENDEK**  
Rector

  
**JESUS SAEZ DE IBARRA**  
Vice-Rector

  
**MARIO MALDONADO SANCHEZ**  
Director del Programa de  
ODONTOLOGIA

## **UNIVERSIDAD DEL NORTE**

ACTA DE GRADO No 2004-03-08-24  
R 9 - LR 15 - FOLIO 211-0844

Barranquilla a los 06 días del mes de marzo de dos mil cuatro se llevó a cabo la ceremonia de graduación presidida por el Rector y las autoridades académicas, en la cual la UNIVERSIDAD DEL NORTE autorizada para el efecto según Decreto No. 263 del 22 de febrero de 1973 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD**

**a**

**ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE**

Identificado (a) con C.C. No.8,643,933 de SABANALARGA quién cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad.

Dan fe de lo anterior: JESUS FERRO BAYONA Rector; CARLOS MALABET SANTORO, Decano y CARMEN HELENA JIMENEZ A., Secretaria Académica.

Firma la presente acta de grado, en la ciudad de Barranquilla a los 06 días del mes de marzo de 2004.



MATILDE ECHEVERRIA  
Directora de Registro

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Barranquilla, 06 de marzo de 2004

## LA GERENCIA DE GESTIO HUMANA

### CERTIFICA:

Mediante acta de 22 de Septiembre de 2009, se declaró la terminación del proceso liquidatorio y la terminación de la existencia Jurídica de la ESE RED PUBLICA HOSPITALARIA DE BARRANQUILLA REDEHOSPITAL DE BARRANQUILLA "ESE REDEHOSPITAL EN LIQUIDACION", acta que fue comunicada en sendos avisos publicados en los diarios EL TIEMPO Y EL HERALDO y publicada en la Gaceta Distrital No. 323 del Distrito de Barranquilla el 23 de Septiembre de 2009.

Una vez revisados los documentos que reposan en el archivo Central de la Alcaldía y de la E.S.E. REDEHOSPITAL LIQUIDADA, se constató que el señor **ELKIN DAVID SANJUAN PUGLIESE**, identificado con cédula de ciudadanía No. **8.643.933**, trabajó así:

Orden de Prestación de servicio con Nro. 00334 del 13 de julio de 2004. Desde 13 de Julio hasta el 30 de septiembre de 2004, desempeñándose como Odontólogo en el Hospital de Nazareth.

Orden de Prestación de servicio Nro. 040 de fecha 01 de noviembre de 2004: Desde 01 de noviembre hasta el 30 de Noviembre de 2004 en el Hospital de Nazareth,-Puesto de salud San Felipe, desempeñándose como Odontólogo

Orden de Prestación de servicio Nro. 095 de fecha 01 de diciembre de 2004: Desde 01 de diciembre hasta el 30 de diciembre de 2004 en el Hospital de Nazareth- Puesto de salud San Felipe, desempeñándose como Odontólogo.

Orden de Prestación de servicio dic 31 de 2004: Desde 01 de enero hasta 31 de enero de 2005, desempeñándose como Odontólogo.

Laboró de continuamente en la E.S.E. Redehospital Liquidada: desde 02 de Febrero 2005 hasta el 23 de septiembre de 2009 así: Desde el 02 de febrero de 2005 hasta el 16 de enero de 2009 en el cargo de PROFEISONAL UNIVERSITARIO ,Código 340 ,Grado 01,nombrado mediante Resolución Nro. 028 de febrero 2 de 2005 .

Y Desde 17 de enero de 2009 hasta hasta el 23 de septiembre de 2009 en el cargo de PROFEISONAL UNIVERSITARIO ,Codigo 219,Grado 39.

Con respecto al manual de funciones, en virtud del acuerdo NO. 011 de Diciembre 16 de 2008), por el cual se establece el Manual específico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales de la Red Hospitalaria de Barranquilla: REDHOSPITAL DE

BARRANQUILLA, las funciones de PROFESIONAL UNIVERSITARIO, Código 219, Grado 39, fueron las siguientes:

I. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEO	
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
CÓDIGO	219
GRADO	39
NIVEL JERÁRQUICO	Profesional
NUMERO DE CARGOS	Seis (6)
CARÁCTER DEL EMPLEO	Carrera Administrativa
DEPENDENCIA	Donde se ubique el Cargo
CARGO DEL JEFE INMEDIATO	Quien ejerza la supervisión directa

II. PROPÓSITO PRINCIPAL
Realizar el desarrollo de actividades que propendan por el alcance y logro de los objetivos de la Institución.

III. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES ESENCIALES
--

1. Coordinar y supervisar los procesos propios de su área, en la Unidad Hospitalaria asignada.
2. Participar en la formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas de la Institución encaminados al cumplimiento de la misión, disponiendo las acciones necesarias para que la misma sea complementada debidamente, de acuerdo a los procedimientos establecidos y directrices del superior inmediato.
3. Participar en la elaboración de los documentos propios del área designada, en la elaboración del presupuesto de la entidad, y en la programación de sus modificaciones.
4. Participar en la elaboración, presentación y registro de los proyectos de inversión de acuerdo con la metodología establecida y administrar su actualización, seguimiento, ejecución y conformación del Plan de Desarrollo de la Entidad.
5. Elaborar los informes de gestión, estadísticos y de ejecución administrativa que deben ser presentados a la Junta Directiva, organismos de control en coordinación con el Director del área.
6. Participar, promover y consolidar con las dependencias de REDEHOSPITALES, la elaboración de sus planes de acción, efectuar el seguimiento, control y evaluación de sus resultados y proponer las modificaciones que se requieran para su efectiva ejecución.
7. Evaluar los informes de actividad que presenten las dependencias de la Red relacionados con el cumplimiento de los planes, programas, proyectos y presentar los resultados al superior inmediato.

8. Establecer, asesorar, definir y actualizar la metodología para la organización de los procesos, procedimientos y métodos en la entidad, así como la custodia y difusión de los manuales respectivos, acorde a la normatividad y estándares establecidos.
9. Participar en la elaboración de informes y desarrollo de proyectos relacionados con la planeación del servicio.
10. Las demás funciones que le sean asignadas por autoridad competente, acorde con la naturaleza del cargo y necesidades del servicio, para el logro de la misión institucional.

#### IV. CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES (CRITERIOS DE DESEMPEÑO)

1. Las tareas asignadas se realizan con presteza en la oportunidad o tiempo requerido.
2. La formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas de la Institución están orientados al cumplimiento de la misión y conforme a las políticas de REDEHOSPITALES.
3. La elaboración de los documentos y presupuesto de la entidad se realiza de acuerdo a las necesidades de la entidad y las distintas unidades que la conforman.
4. La elaboración, presentación y registro de los proyectos de inversión se realiza de acuerdo a las necesidades de la institución y a los lineamientos de la Ley.
5. La administración y análisis de los proyectos de inversión de la entidad se realiza de acuerdo a criterios de seguimiento, control y verificación.
6. La agilidad y oportunidad en la consolidación y entrega de información de los planes y proyectos de las distintas Unidades Administrativas Hospitalarias, coadyuva a la toma de decisiones de los directivos y los procesos de las entidades externas.
7. La integralidad en la información que genera el área, contribuye a mantener fidelidad en los informes presentados a entes externos.
8. La agilidad en tiempos de respuesta a los requerimientos de las áreas permite la aplicabilidad de los procesos y métodos requeridos en las dependencias.
9. La actualización, seguimiento y organización de los procesos y procedimientos permite a las dependencias ser más eficientes
10. La atención a los usuarios internos (servidores de la entidad) y externos del área se basan en normas de cordialidad y claridad de acuerdo a los estándares de calidad del hospital.
11. Los procesos realizados son controlados y ajustados de acuerdo a los procedimientos del área y la necesidad de los mismos.

### V. CONOCIMIENTOS BÁSICOS ESENCIALES

1. Tipos de documentos.
2. Clases de formatos y protocolos médicos. .
3. Estadística básica.
4. Conocimiento en formulación y desarrollo de indicadores hospitalarios.
5. Conocimientos en administración de servicios de salud.
6. Normas orgánicas sobre el funcionamiento, estructura jurídica y misión de la entidad.

### VI. REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA

Título Profesional en las áreas de ingeniería, económicas, financieras o contables.	Treinta y cuatro (34) meses de experiencia relacionada.
---	---

Se expide el presente a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de abril de 2016.

Atentamente,

  
**ELANIA REDONDO PEÑA**  
Gerente de Gestión Humana  
Alcaldía Distrital

Proyectó: Milagro Martínez Buelvas  
Revisó:



# HOSPITAL PONEDERA

NIT. 802. 009. 195-8

Cra. 14 No. 15- 60 Telefax: 8769509 Ponedera(Atl.)

## LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E HOSPITAL PONEDERA – ATLANTICO

### CERTIFICA

Que el señor **ELKIN DAVID SANJUAN PUGLIESSE**, identificado con cedula de ciudadanía No. 8.643.933. Expedida en Sabanalarga Atlántico, estuvo vinculado a esta institución a través de un contrato civil de prestación de servicios como **AUDITOR DE CALIDAD**, durante el siguiente periodo:

- Contrato N° 222-2011 del 20 de Junio al 20 de Octubre de 2011.
- Contrato N° 254-2011 del 21 de Octubre al 1 de Diciembre de 2011.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en ponedera a los dos (22) días del mes de Mayo de 2012.

*Viviana Navas S.*

**VIVIANA NAVAS SALGADO**  
**SUBGERENTE ADMINISTRATIVA**

**E.S.E. Hospital de Ponedera.**

Centro de atención telefónica 8769594

Correo electrónico: e.s.e.hospitalponedera@hotmail.com



**IPS UNIVERSITARIA**  
Servicios de Salud  
Universidad de Antioquia

**La Coordinación de Talento Humano de la “IPS UNIVERSITARIA”**

**Nit 811016192-8**

**Certifica que:**

El Señor(a), Elkin David San Juan Pugliese identificado(a) con CC No 8.643.933. Laboró con nosotros con un contrato TERMINO INDEFINIDO desde 16 de Agosto de 2012 hasta 30 de Diciembre de 2017 en el cargo de ODONTOLOGO (A) AUDITOR - SEDE BARRANQUILLA. Devengando a su fecha de retiro un salario mensual de \$3.283.790 (Tres Millones Doscientos Ochenta y Tres Mil Setecientos Noventa Pesos M/L).

Cualquier información adicional Tel: 4447085 Ext. 32028

Para constancia se firma en Medellín el día 24 de Septiembre de 2020

Atentamente,

**MARYORI RUIZ RESTREPO**  
**Coordinador Staff de Talento Humano**




**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADSCRITO AL  
DESPACHO DEL GERENTE CON FUNCIONES EN LAS OFICINAS  
DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. CEMINSA**

**CERTIFICA:**

Que el Señor (a), **ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE** identificado con la cédula de ciudadanía Numero **8.643.933** expedida en Sabanalarga-Atlántico, presta sus servicios en la Empresa Social del Estado Centro Materno Infantil de Sabanalarga-Atlántico "E.S.E. CEMINSA", desempeñándose **EN EL AREA DE COORDINACION ODONTOLOGICA** desde 01 octubre del 2020 hasta la fecha; durante este tiempo ha desempeñado a cabalidad las tareas asignadas.

La presente se expide a petición de la parte interesada en Sabanalarga, a los (19) días del mes de marzo del año Dos mil veinticuatro (2.024).

  
**JULIO DE LOS REYES SARMIENTO**  
Profesional Universitario  
Talento Humano

Calle 28 No. 22-45 Av. Rivon.  
Teléfono: 8781332

E-mail: [gerenciacementosa@hotmail.com](mailto:gerenciacementosa@hotmail.com)

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

## CERTIFICA

Que ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 8643933 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 8643933
NOMBRES Y APELLIDOS	ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2016
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	368
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 15/03/2024

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

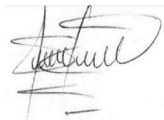
[epssura.com](http://epssura.com)

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8643933**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2015** 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 17 de marzo de 2024.



**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.

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **8643933** expedida en **SABANALARGA 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, 17 de Marzo de 2024.

Firma: 

C.C 8643933

Nombre: ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE



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

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 17 de marzo de 2024.

Firma:

Nombre: ELKIN DAVID SAN JUAN PUGLIESE

Identificación: CC 864393