

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **NOMBRE COMPLETO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **CEDULA** expedida en **LUGAR CEDULA** 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.

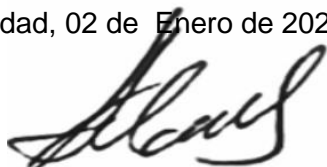
Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control 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 Enero de 2024



Firma:

**C.C 9.114.638**

Nombre: **ALBERTO DE LA OSSA CHARTUNY**



**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 02 de Enero de 2024.

Firma:

Nombre: ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNY

Identificación: 9.114.638

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNY** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9114638**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/1987** 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 04 de enero 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.

Bogotá, jueves 4 de enero de 2024



Señor (a): ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNY  
CC. 9114638  
CL 39 15A 21 URB LAFE SOCIEDAD 2000 3  
BARRANQUILLA

**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 / 14 de 1999, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

Nombre	Documento	Tipo	Fecha Afiliación	Parentesco	Estado Afiliación
SANDRA DEL SOCORRO DE AVILA NARVAEZ	33284489	CC	1999-10-14	CONYUGE	Activo
ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNY	9114638	CC	1999-10-14	COTIZANTE	Activo

**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.



República de Colombia  
 El Ministerio de Educación Nacional  
 y en su nombre,  
**La Universidad Autónoma del Caribe**  
 Representada por el Rector, el Consejo Directivo, el Decano y los Profesores de su  
**Facultad de Contaduría Pública**

Aprobada por Resolución No. 8959 de fecha 5 de Septiembre de 1.973, del Ministerio de Educación Nacional, Acuerdo No. 232 de fecha 16 de Agosto de 1.981, Resolución 0312 de fecha 21 de Febrero de 1.984, de la Junta Directiva del "ICES" y Resolución No. 000038 de fecha 15 de Abril de 1.987, emanada de la Dirección General del "ICES"

En atención a que

**Alberto Segundo De La Ossa Chartuny**

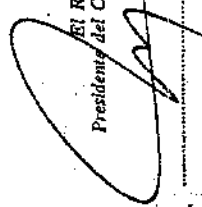
C. C. No. 9.114.638 El Carmen de Bolívar (Bol.)

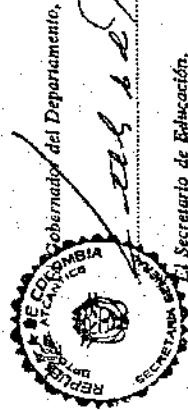
ha hecho los estudios reglamentarios, le confiere el título de

**Contador Público**

y, en consecuencia, testifica que es idóneo para ejercer dicha profesión.

En fe de lo expuesto, le expedimos el presente Diploma que firmamos y sellamos con los sellos de la Universidad en la ciudad de Barranquilla a 25 de Mayo de 1.990

  
 El Rector  
 Presidente del Consejo Directivo,



El Secretario de Educación,

  
 El Secretario General,  
 Gobernación del Departamento del Atlántico  
 Registrado al folio 090 del Libro de Registro  
 de Diplomas..... 63

El Decano de la Facultad,





# COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE CORELCA

25 Años

NIT 890.104.291 - 3

## CONSTANCIA:

Hacemos constar que el señor ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNNY, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 9.114.638 del Carmen de Bolívar, laboró en esta Entidad desde el día 16 de Diciembre de 1986, hasta el día 23 de Febrero de 1999, desempeñando a cabalidad la siguientes funciones:

- 1.- AUXILIAR DE CONTABILIDAD
- 2.- ASISTENTE DEL CONTADOR
- 3.- CONTADOR ENCARGADO
- 4.- TESORERO
- 5.- AUDITOR INTERNO
- 6.- GERENTE ENCARGADO

Se expide en la ciudad de Barranquilla, a los Veintitres (23) días del mes de Febrero de 1999.

Cordialmente,

SCARLET ELÍAS DELGADO  
Analista de Recursos Humanos

c.p. Hoja de Vida



NIT: 802.011.099-5

## Cooperativa de Trabajo Asociado de Servicios Técnicos Automotriz

### CERTIFICACION

La suscrita Representante Legal de COOTRASERTECA C.T.A., certifica que el señor ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNY, identificado con la cedula de ciudadanía No. 9.114.638 expedida en el Carmen de Bolívar laboró como Revisor Fiscal en nuestra entidad desde el 1 de Febrero de 2000 al 30 de Diciembre del 2007 a y actualmente desempeña el cargo de Contador General, desde Enero 1 de 2008 hasta la fecha.

Se expide la presente a solicitud de la parte interesada a los dos (2) días del mes de Enero de 2016.

Atentamente,

ESTHER CECILIA TORRES OSORIO

Representante Legal

---

Sede Principal Barranquilla: Cra. 41 No. 48-17 - Tel: 3790505 - 3513240 - Fax: 3516987 - Cel: 300 2395074  
301 5057705 • E-mail: [Repuestos.cootraserteca@hotmail.com](mailto:Repuestos.cootraserteca@hotmail.com)  
Sucursal Sta. Marta: Calle 29 No. 2-37 Tel: 420 1177 -E-mail: [copsantamarta@hotmail.com](mailto:copsantamarta@hotmail.com)  
Sucursal Riohacha: Cra 7D No. 34-76 Cel: 300 2493570



**LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD**

**NIT: 890.106.291-2**

**CERTIFICA.**

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que el señor **ALBERTO DE LA OSSA CHARTUNY**, identificado con cedula de ciudadanía **N° 9.114.638** de Soledad Atlántico ha suscrito con el Municipio de Soledad los siguientes contratos de prestación de servicios:

**1.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.N°2016-00020 22/01/2016**

<b>OBJETO</b>	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional, enmarcados en los procesos de tesorería adscritos a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad, relacionados con la recepción, revisión, organización y verificación entre otros de los procesos que se adelantan en esta dependencia.	
<b>FECHA DE INICIO</b>	22/01/2016	
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	21/07/2016	
<b>SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE</b>	SI: _____	NO: <u>  x  </u>
<b>EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION</b>	SI: <u>  x  </u>	NO: _____
<b>EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA</b>	SI: _____	NO: <u>  x  </u>

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Apoyar la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Brindar apoyo para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y con el lleno de los requisitos.
- Apoyar en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.





**2.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.Nº2016-00396 18/08/2016**

OBJETO	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional, enmarcados en los procesos de tesorería adscritos a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad, relacionados con la recepción, revisión, organización y verificación entre otros de los procesos que se adelantan en esta dependencia.
FECHA DE INICIO	18/08/2016
FECHA DE TERMINACION	31/12/2016
SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION	SI: <u>  x  </u> NO: _____
EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA	SI: _____ NO: <u>  x  </u>

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Apoyar la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Brindar apoyo para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y con el lleno de los requisitos.
- Apoyar en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.

**3.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.Nº2017-00052 19/01/2017**

OBJETO	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional, enmarcados en los procesos de tesorería adscritos a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad, relacionados con la recepción, revisión, organización y verificación entre otros de los procesos que se adelantan en esta dependencia.
FECHA DE INICIO	19/01/2017
FECHA DE TERMINACION	18/09/2017
SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION	SI: <u>  x  </u> NO: _____
EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA	SI: _____ NO: <u>  x  </u>



**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Apoyar la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Brindar apoyo para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y con el lleno de los requisitos.
- Apoyar en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.

**4.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.N°2017-000549 26/09/2017**

<b>OBJETO</b>	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional y modernización de la gestión pública de la oficina de tesorería, adscrita a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad.
<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>26/09/2017</b>
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	<b>31/12/2017</b>
<b>SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE</b>	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
<b>EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION</b>	SI: <u>  x  </u> NO: _____
<b>EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA</b>	SI: _____ NO: <u>  x  </u>

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Fortalecimiento en la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Fortalecimiento en el proceso para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y el lleno de los requisitos.
- Fortalecimiento en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.



**5.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.N°050118-030 05/01/2018**

OBJETO	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional y modernización de la gestión pública de la oficina de tesorería, adscrita a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad.
FECHA DE INICIO	05/01/2018
FECHA DE TERMINACION	04/07/2018
SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION	SI: <u>  x  </u> NO: _____
EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA	SI: _____ NO: <u>  x  </u>

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Colaborar en la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Brindar colaboración para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y con el lleno de los requisitos.
- Colaborar en el proceso de verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.

**6.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.N°100718-045 10/07/2018**

OBJETO	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional y modernización de la gestión pública de la oficina de tesorería, adscrita a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad.
FECHA DE INICIO	10/07/2018
FECHA DE TERMINACION	09/10/2018
SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION	SI: <u>  x  </u> NO: _____
EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA	SI: _____ NO: <u>  x  </u>



**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Fortalecimiento en la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Fortalecimiento en el proceso para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y el lleno de los requisitos.
- Fortalecimiento en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.

**7.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.Nº101018-038 10/10/2018**

<b>OBJETO</b>	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional y modernización de la gestión pública de la oficina de tesorería, adscrita a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad.	
<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>10/10/2018</b>	
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	<b>31/12/2018</b>	
<b>SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE</b>	SI: _____	NO: <u>  x  </u>
<b>EL CONTRATO SE EJECTUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION</b>	SI: <u>  x  </u>	NO: _____
<b>EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA</b>	SI: _____	NO: <u>  x  </u>

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Fortalecimiento en la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Fortalecimiento en el proceso para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y el lleno de los requisitos.
- Fortalecimiento en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.





**8.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.N°010219-122 01/02/2019**

OBJETO	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional y modernización de la gestión pública de la oficina de tesorería, adscrita a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad.
FECHA DE INICIO	01/02/2019
FECHA DE TERMINACION	31/05/2019
SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
EL CONTRATO SE EJECUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION	SI: <u>  x  </u> NO: _____
EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA	SI: _____ NO: <u>  x  </u>

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Fortalecimiento en la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Fortalecimiento en el proceso para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y el lleno de los requisitos.
- Fortalecimiento en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.

**9.-CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.N°140619-135 14/06/2019**

OBJETO	Prestación de servicios profesionales en el fortalecimiento institucional y modernización de la gestión pública de la oficina de tesorería, adscrita a la secretaria de hacienda del municipio de Soledad.
FECHA DE INICIO	14/06/2019
FECHA DE TERMINACION	13/10/2019
SE ENCUENTRA EN EJECUCION ACTUALMENTE	SI: _____ NO: <u>  x  </u>
EL CONTRATO SE EJECUTO SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACION	SI: <u>  x  </u> NO: _____
EL CONTRATO TERMINO DE MANERA ANTICIPADA	SI: _____ NO: <u>  x  </u>



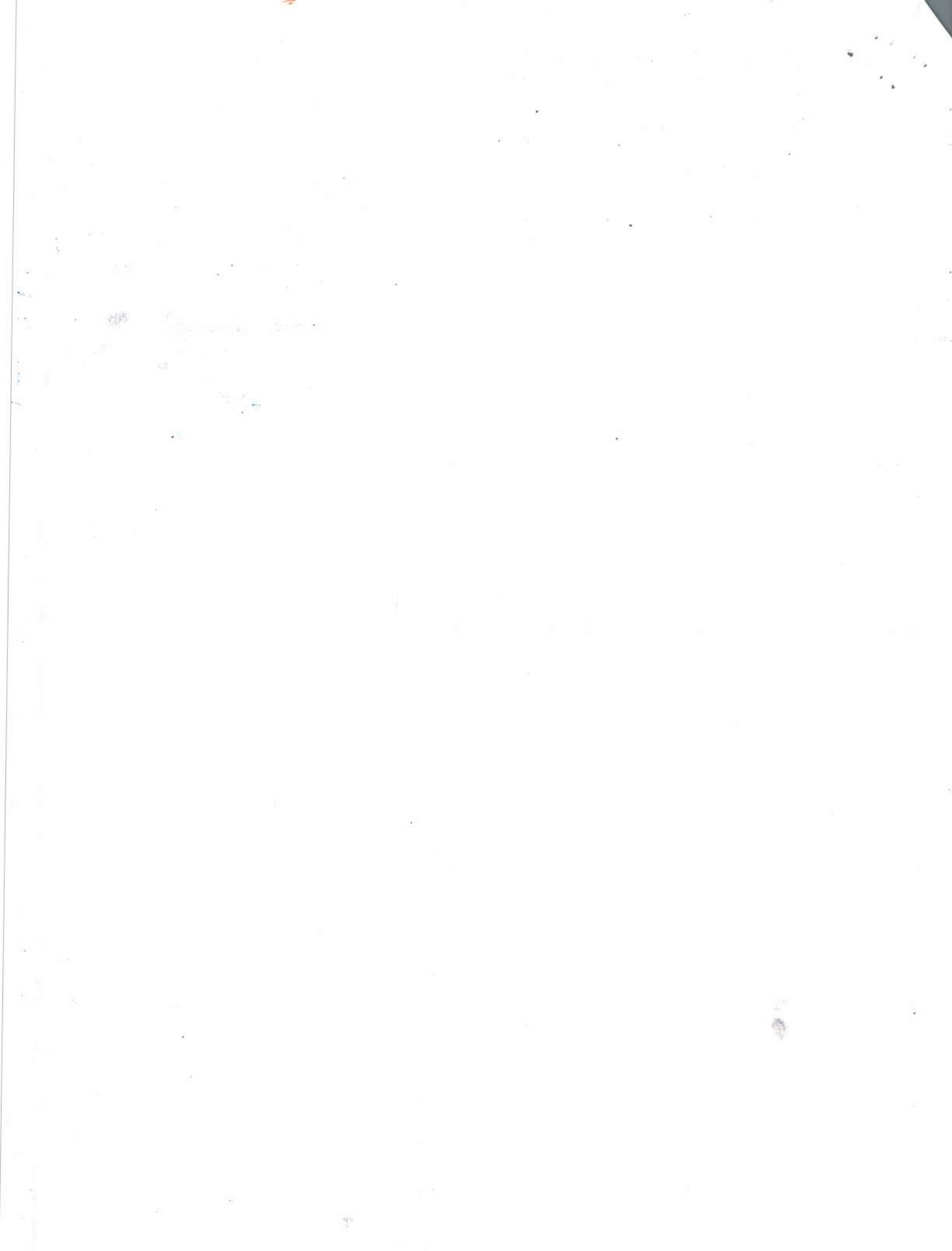
**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- Fortalecimiento en la parte operativa y documental de los hechos que se presenten en la oficina de tesorería.
- Fortalecimiento en el proceso para que los pagos hagan su respectivo recorrido legal y el lleno de los requisitos.
- Fortalecimiento en la verificación de los respectivos vistos buenos del funcionario responsable de cada área que corresponda.
- Asistir a las reuniones que sean programadas por parte de la secretaria de hacienda.
- Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.

Se expide la presente certificación a los veintisiete (27) días del mes de diciembre de 2019.

  
**ERIKA ESCAF VERGARA**  
Secretaria General

Elisbete Sandoz E.  
Técnica operativa





# COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE CORELCA

25 Años

NIT 890.104.291 - 3


## CONSTANCIA:

Hacemos constar que el señor ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNNY, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 9.114.638 del Carmen de Bolívar, laboró en esta Entidad desde el día 16 de Diciembre de 1986, hasta el día 23 de Febrero de 1999, desempeñando a cabalidad la siguientes funciones:

- 1.- AUXILIAR DE CONTABILIDAD
- 2.- ASISTENTE DEL CONTADOR
- 3.- CONTADOR ENCARGADO
- 4.- TESORERO
- 5.- AUDITOR INTERNO
- 6.- GERENTE ENCARGADO

Se expide en la ciudad de Barranquilla, a los Veintitres (23) días del mes de Febrero de 1999.

Cordialmente,

  
SCARLET ELÍAS DELGADO  
Analista de Recursos Humanos

c.p. Hoja de Vida



NIT: 802.011.099-5

## Cooperativa de Trabajo Asociado de Servicios Técnicos Automotriz

### CERTIFICACION

La suscrita Representante Legal de COOTRASERTECA C.T.A., certifica que el señor ALBERTO SEGUNDO DE LA OSSA CHARTUNY, identificado con la cedula de ciudadanía No. 9.114.638 expedida en el Carmen de Bolívar laboró como Revisor Fiscal en nuestra entidad desde el 1 de Febrero de 2000 al 30 de Diciembre del 2007 a y actualmente desempeña el cargo de Contador General, desde Enero 1 de 2008 hasta la fecha.

Se expide la presente a solicitud de la parte interesada a los dos (2) días del mes de Enero de 2016.

Atentamente,

ESTHER CECILIA TORRES OSORIO

Representante Legal

Sede Principal Barranquilla: Cra. 41 No. 48-17 - Tel: 3790505 - 3513240 - Fax: 3516987 - Cel: 300 2395074  
301 5057705 • E-mail: [Repuestos.cootraserteca@hotmail.com](mailto:Repuestos.cootraserteca@hotmail.com)  
Sucursal Sta. Marta: Calle 29 No. 2-37 Tel: 420 1177 -E-mail: [copsantamarta@hotmail.com](mailto:copsantamarta@hotmail.com)  
Sucursal Riohacha: Cra 7D No. 34-76 Cel: 300 2493570