

# República de Colombia



Departamento del Atlántico  
En su nombre

## Institución Educativa Mesolandia

Malambo Atlántico

Licencia de funcionamiento No. 01410 de Diciembre 21 de 2006,  
Emanada por la Secretaria de Educación Departamental del Atlántico

Confiere a:

*Bocca Cerrales Angio Carolina*

Identificada con C.I. No. 96031407190 de Malambo - Atlántico

El título de:

## Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a nivel de  
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

  
Rector

  
Secretario

Registrado bajo el libro de actas

No. 01 del acta No. 05 del folio No. 09 bajo el orden número 02

Dado en Malambo Atlántico, a los 06 días del mes de Diciembre del año 2013.



**C.E.F.**

# CORPORACION EDUCATIVA FORMAR

En nombre de la REPUBLICA 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°00823 de 2009  
CELAC - Certificación en calidad ISO-9001, NTC 5555 y NTC 5581

Teniendo en cuenta que:

*Angie Carolina Bovea Corrales*

C.C. No 1.048.319.801 Expedida en Malambo (Atlántico)

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Corporación, le otorga con todas las prerrogativas obligaciones y derechos el certificado de técnico laboral por competencias con una duración de 1800 horas en Auxiliar :

*Contable y Financiero*

Dado en Barranquilla, a los 17 días del mes de Diciembre de 2014

*Peo D*  
Director Administrativo

*Jiménez*  
Director

*[Signature]*  
Director Académico



## CERTIFICAMOS

Que la señora ANGIE CAROLINA BOVEA CORRALES, identificada con cédula de ciudadanía número 1.048.319.801, laboró en nuestra compañía, en misión para la organización SERVIENTREGA S.A., desempeñando el cargo de Auxiliar, en el proceso Soluciones Retail, con un contrato por labor contratada en el siguiente periodo: desde el día 12 de Marzo de 2025, hasta el día 12 de Septiembre de 2025.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Lady Johanna Parra Casallas**  
**Facilitador Relaciones Laborales y Nómina**

Nit. 809012157-4  
Calle 25b 38ª-64 Bogotá, Colombia  
PBX 4846060 Bogotá

Antioquia: Ext 750 a 757 Centro: Ext. 810 a 813 Costa Norte: Ext. 814 a 819 Eje cafetero: Ext 870 a 872  
Boyacá: Ext. 780 Sur: Ext. 930 Llanos: Ext. 960 Occidente: Ext. 900 a 903

**CERTIFICA:**

Que el (la) señor (a) **BOVEA CORRALES ANGIE CAROLINA** identificad (a) con **C.C. N° 1048319801**, ha realizado los siguientes trabajos en la empresa en el cargo de **LIDER DE PUNTO**

Periodo de labores: desde el día 20 de septiembre de 2021 al 26 de noviembre de 2024

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Barranquilla el día 27 de noviembre de 2024.

  
**NINANIA S.A.S.**  
**LICETH IGLESIAS FERRARO**  
Jefe de Talento Humano

Dirección: Vía 40 # 85 - 99 (Parque logik) | Barranquilla, Atlántico - Tel: 310 212 9452

Email: [recursohumano@dulcerna.com](mailto:recursohumano@dulcerna.com) - [luis.garcia@dulcerna.com](mailto:luis.garcia@dulcerna.com)



**corbeta**  
**COLOMBIANA DE COMERCIO S.A**  
**NIT. 890.900.943-1**

**GESTIÓN HUMANA CERTIFICA QUE:**

La señora **ANGIE CAROLINA BOVEA CORRALES** identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.048.319.801** laboró para nuestra empresa desde el día 04 de diciembre de 2017 hasta el 05 de junio de 2019, desempeñando el cargo de **Cajero Punto de Pago** devengando un salario mensual de **(\$1.166.000)**. Su Contrato fue a término Indefinido.

Este certificado se expide a solicitud del interesado, el 27 de junio de 2019.

Si desean mayor información por favor comunicarse al Tel. 361 13 00 Ext.314.

Agradeciendo su atención.

Atentamente,

**LINA MARITZA MARTINEZ GRAJALES**  
Jefe Relacionamento Humano

.....  
Cr. 49 No. 30 SUR - 66 - PBX 605 00 00  
Envigado - Colombia

## HACE CONSTAR QUE

La señora **BOVEA CORRALES ANGIE CAROLINA**, identificado con Cedula de Ciudadanía No **1048319801**, laboró en esta empresa durante el periodo comprendido del 26 de noviembre de 2019 al 24 de diciembre de 2020, en el área de **CAJAS** el ultimo salario base fue de \$ 877.803 pesos. Su contrato fue Obra y Labor Determinada

La presente constancia se expide a petición de la parte interesada a los trece (13) días del mes de enero de dos mil veintiuno (2021).

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
PIO CASTILLO GUTIERREZ

TE



**MAX OFERTAS S.A.S**

**CERTIFICA**

Que la señora **ANGIE BOVEA CORRALES** identificada con cedula de ciudadanía N°1.048.319.801 de malambo, se encuentra laborando con nosotros como **CAJERA** desde el 03 de Julio 2016, hasta el día 31 de Agosto del 2017, recibiendo un salario de \$820.000 mensual; cumpliendo un periodo de un año, demostrando en este tiempo su compromiso, responsabilidad, honestidad y cumplimiento en las labores asignadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 8 días del mes Septiembre de del presente año 2017.

Atentamente,

*Heitor Mosquera*

**MAX OFERTAS**

**NIT.900515750-1**

**Barranquilla / Atlántico**

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BOVEA CORRALES ANGIE CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **1.048.319.801** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 07 de diciembre de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de marzo de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Bogota, Marzo 27 de 2026

Señora:  
BOVEA CORRALES ANGIE CAROLINA  
CC. 1048319801  
CL 26 N 35 C 19 - 3433333  
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 30 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RAMIREZ RODRIGUEZ ADRIAN OMAR	1042454080	C	Dic-23-2020	4	0	COMPANERO	NO VIGENTE	Dic-23-2020	Anulación por TDA negados	Ninguna
RAMIREZ BOVEA MARY ANGEL	1043185960	T	Oct-30-2018	262	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BOVEA CORRALES ANGIE CAROLINA	1048319801	C	Oct-30-2018	262	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALIANZA TEMPORALES SAS	1048319801	Dependiente	CERRADO
ANGIE CAROLINA BOVEA CORRALES	1048319801	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
COLOMBIANA DE COMERCIO S A	1048319801	Dependiente	CERRADO
COMPLEMENTOS HUMANOS S A	1048319801	Dependiente	CERRADO
EFIVENTAS Y SERVICIOS SAS	1048319801	Dependiente	CERRADO
GESTION Y OPERACION DE LA COSTA SAS	1048319801	Dependiente	CERRADO
NINANIA SAS	1048319801	Dependiente	CERRADO

### CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total 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. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,  
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Nairo Andres Uribe Garcia - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

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, 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



### CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a) Angie Bovea, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1048319801 expedida en Matambó/Mt. 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 Marzo de 2026

Firma:

C.C

Nombre:

Angie Bovea  
1048319801  
Angie Bovea





**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 19/03/2026

Firma: Angie Bavea @

Nombre: Angie Bavea @

Identificación: 1048319801

