



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 77.000.827 expedida en BARRANQUILLA 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 Julio de 2024

Firma: JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO

C.C 72.000.827

Nombre: **Javier Osvaldo florez salcedo**



**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:

JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.000.827**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Julio del 2024.

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.

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **72000827** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	Activo
IPS de atención:	PROSALUDSA SAS
Categoría:	A
Fecha afiliación:	02/07/2024
Régimen:	Contributivo

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 09 de julio del 2024. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: mutualser@mutualser.org
Cartagena de Indias

VIGILADO SuperSalud



E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO
Santa María Magdalena

NIT. 802009806-1

**EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E
HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO SANTA MARIA MAGDALENA**

CERTIFICA QUE:

El señor JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 72.000.827, laboro en nuestra entidad bajo un contrato de prestación de servicios como Auxiliar Administrativo Área Facturación, desde el 1 de Enero del 2017 hasta el 15 de Septiembre de 2020. Desempeñándose en todo momento con eficiencia, responsabilidad y puntualidad en la realización de sus funciones.

Para mayor constancia se firma a petición de la parte interesada a los 12 días del mes de Junio del 2020.

ALBERTO FONTALVO BUELVAS
SUB. ADMIN. Y FINANCIERO

"Más salud y más Bienestar para toda Malambo"

Dirección Calle 10ª No. 23-93 Tel.: 3204225974 Malambo - Atlántico
esehlm@gmail.com

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 72.000.827 de BARRANQUILLA, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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, JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO identificado (a) con C.C. No. 72.000.827 de BARRANQUILLA, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CRA 28 # 22-41 CONCORDE
NUMERO DE TELÉFONO	3002548962
CORREO ELECTRÓNICO	JAVIER7756@GMAIL.COM
FONDO DE PENSIÓN	PORVENIR
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	MUTUAL SER

Firma. JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO

CC 72.333.827

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta

República de Colombia



Instituto Técnico Industrial del Atlántico
De Barranquilla - Atlántico

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 11624
del 22 de Agosto de 1988

Confiere a:

Javier Osvaldo Flórez Salcedo

Identificado(a) con T.I. No. 770927-14783 de Barranquilla

El Título de

Bachiller Técnico Industrial

En la Especialidad de:

Mecánica de Aviación

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

Handwritten signature of the Rector.

Rector

Handwritten signature of the Secretaria.

Secretaria



Anotado al folio No. 17 del Libro de Registro No. _____

**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 02 de Julio de 2024

Firma: JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO

Nombre: JAVIER OSVALDO FLOREZ SALCEDO

Identificación: 72.000.827

