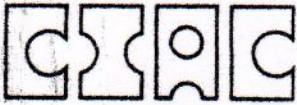


Acta No. 149

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional



y en su nombre

**La Corporación  
Instituto de Artes y Ciencias**

Personería Jurídica No. 273 de Marzo 23 de 1971 de la Gobernación  
del Departamento del Atlántico.

Resolución de aprobación No. 0480 de febrero 21 de 1972 del Ministerio de Educación Nacional

**Análisis y Programación De Computadores**

Teniendo en cuenta que:

**Ruben Dario Ucros Fabregas**

c.c. N° 72.432.594 de Soledad (Atl.) L.M. 72432594 D.M. 44

Cursó y aprobó todas las materias que los Estatutos Universitarios exigen, le  
confiere el título de:

**Técnico Profesional En  
Análisis y Programación De Computadores**

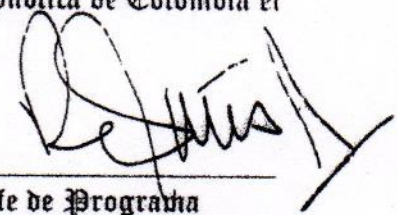
Aprobado por acuerdo de la Junta Directiva No. 004-2 del 2 de marzo de 1993  
para el Fomento de la Educación Superior (ICFES)

En fe de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, República de Colombia el

día 05 de Marzo de 2004

  
El Rector



  
Jefe de Programa



Nit: 802.022.832-5

*RSE, Sistemas de Gestión y Tecnologías de la Información*

**Certifica que:**

**RUBEN DARIO UCROS FABREGAS**

**CC 72.432.594**

Asistió y Aprobó el Diplomado en

**FACTURACIÓN Y AUDITORIA  
DE CUENTAS EN SALUD**

con una intensidad horaria de 120 horas.

Barranquilla, 8 de Febrero de 2014

---

**MARGARETH ARAUJO RUIZ**  
COORDINADORA ACADEMICA

---

**JULIO CESAR BARCELO DIB**  
DOCENTE



República de Colombia

Instituto Técnico Comercial

Gimnasio Pablo VI de Soledad

Soledad - Atlántico

Aprobado Según Resolución No. 292 de Mayo 7 de 1990

Confiere a:

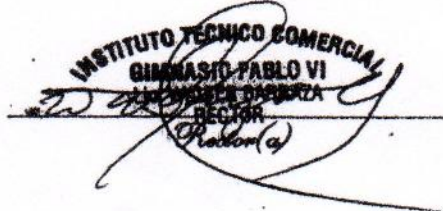
Ruben Dario Ueros Fabregas

831018-50385 de Soledad

El Título de

Bachiller Comercial

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



Libro No. 1 Acta No. 06 Folio No. 33 No. de orden 108-531



## 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 **RUBEN DARIO UCROS FABREGAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **72432594** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 72432594
NOMBRES Y APELLIDOS	RUBEN DARIO UCROS FABREGAS
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	01/07/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	388
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 18/02/2025

**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 **RUBEN DARIO UCROS FABREGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72432594**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2016** 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 18 de febrero de 2025.



**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 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, **RUBEN DARIO UCROS FABREGAS** identificado con **CC No. 72432594**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - NI. 802013023	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 03/02/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 01/02/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 28/02/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 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 prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://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): 202501012627684.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 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



## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), Rubén Veros F identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 72432594 expedida en SOLEDAD 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

Firma: Rubén Veros F  
C.C. 72432594  
Nombre: Rubén DARÍO VEROS FODRÉGAS



Soledad, 01 de Agosto de 2024

**Asunto: Autorización de consulta**

Yo Ruben Vizos F, identificado con cedula de ciudadanía numero 72 432 594, autorizo la consulta de mis datos por parte de Entidades Públicas a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II

Cordialmente,

Ruben Vizos F  
(Nombres y Apellidos Completos)

Ruben Vizos F  
Firma

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rubén Darío Uroz F identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 72432594 de SOLEDAD, 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, Rubén Uroz F identificado (a) con C.C. No. 72432594 de SOLEDAD, 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	<u>CALLE 15 #16 A66</u>
NUMERO DE TELÉFONO	<u>3005054548</u>
CORREO ELECTRÓNICO	<u>RDUZF1918@HOTMAIL.COM</u>
FONDO DE PENSIÓN	<u>COLPENSIONES</u>
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	<u>SURA</u>

firma

cc Rubén Uroz F

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta



**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 01 de Febrero de 2025

Firma: *Ruben Ucar F*

Nombre: *Ruben DARIO VEJES FADREGA*

Identificación: *72 432 594*

