

## *Acta de Grado*

EL SUSCRITO RECTOR DE LA FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO Y ESTUDIOS TÉCNICOS DE LA COSTA APROBADA SEGÚN RESOLUCIÓN 000477 DEL 11 DE OCTUBRE DE 2018 DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD-ATLÁNTICO

### **HACE CONSTAR**

Que mediante Acta No. 001 en Soledad Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los 03 días del mes de Noviembre del año 2023, se otorgó el Título de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD** Registro de Aprobación bajo la Resolución 000478 del 11 de octubre de 2018, a **DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO** Identificada con Cédula de ciudadanía 1042420928 quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos y habiéndosele tomado el juramento de rigor, se le hizo entrega del diplomado correspondiente.

Para constancia se expide y se firma esta acta Dr. Alberto José Sánchez Otero, Rector Ejecutivo, Dra. Melina Margarita Escorcía Fernández, subdirectora.

Es fiel copia del original.



**FUNDISOCIAL**  
ALBERTO JOSÉ SÁNCHEZ OTERO  
Rector



**FUNDISOCIAL**  
Melina Margarita Escorcía Fernández  
SubDirectora

Dado en Soledad, Atlántico, a los 03 días del mes de Noviembre de 2023



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

**Hace Constar que**  
**DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO**  
Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1042420928

**Cursó y aprobó la acción de Formación**  
**ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS**  
Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Diez (10) días del mes de Enero de Dos Mil Doce (2012)*

BIBIANA DEL CARMEN BETIN HOYOS

SUBDIRECTOR CENTRO INTERNACIONAL NAUTICO FLUVIAL Y PORTUARIO  
REGIONAL BOLIVAR



\*SGCV20123898161\*

SGCV20123898161 10/01/2012  
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DINA DELCARMEN CUELLO DONADO identificado(a) con C.C No. 1.042.420.928, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de febrero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García  
Gerente Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Bogotá, Febrero / 1 de 2025



Señor (a): DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO  
CC. 1042420928  
CR 18 15 13  
SOLEDAD

**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 Julio / 1 de 2016, y su estado afiliación es Activo como COMPAÑERO(A).

**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.

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1.042.420.928 expedida en SOLEDAD/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, 03 de Febrero de 2025

Firma:   
**C.C 1.042.420.928**  
Nombre: **Dina Cuello Donado**





Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1042420928*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## **FACTURACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los dieciseis (16) días del mes de octubre de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por  
ALVARO JESUS TORRENEGRA BARROS  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

ALVARO JESUS TORRENEGRA BARROS  
Subdirector  
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
REGIONAL ATLÁNTICO

**55115136 - 16/10/2018**  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9302001737644CC1042420928C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

*Hace Constar que*

**DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO**

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.042.420.928

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**TECNICO EN CONTABILIDAD Y SECRETARIADO**

Con una duración de 2500 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Barranquilla a los cinco (05) días del mes Diciembre de Dos Mil Ocho (2008)

  
MONICA CECILIA ABUCHABE ABUCHABE  
SUBDIRECTORA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS  
REGIONAL ATLANTICO

5649766 11/17/2008  
No Y FECHA DE REGISTRO



*La República de Colombia*

*y en su nombre,*

*La Fundación para el Desarrollo y  
Estudios Técnicos de la Costa*

*Resoluciones de Aprobación 000477 Del 11 de octubre de 2018 de la Secretaría  
de Educación del Municipio de Soledad - Atlántico  
Nit .900.111.088-9*

*Teniendo en cuenta que*

*Dina Del Carmen Cuello Donado*

*C.C 1042420928*

*Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos  
por el*

*Programa*

*Técnico Laboral en Auxiliar Administrativo En Salud*

*Le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de  
Educación Nacional, a través de la Secretaría de Educación de Soledad (Atlántico) el título  
de*

*Técnico Laboral en Auxiliar  
Administrativo En Salud*

*En fe de lo cual firmamos, en Soledad, a los tres (03) días del mes de Noviembre de 2023*



*Dado en Soledad, Atlántico, a los 03 días del mes de noviembre de 2023.*

República de Colombia



El Colegio Comercial

‘Nuestra Señora de las Misericordias’

De Soledad = Atlántico

Aprobación oficial según Resolución No. 21101 del 9 de Diciembre de 1987  
del Ministerio de Educación Nacional

Renovación de la Licencia de Aprobación de estudios según Res. 2530 de  
Diciembre 31 de 1999 y Res. Aclaratoria 0558 de Julio 10 de 2001

Confiere a:

**Dina Del Carmen Cuello Donado**

Identificada con T.I. No. 850915-36556 de Soledad

El Título de

**Bachiller Comercial**

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

*[Firma]*  
Rector (a)

*[Firma]*  
Secretario (a)



Anotado al Folio No. 034 del Libro de Registro No. 10



**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 03 de Febrero de 2025

Firma:

Nombre: Dina Cuello Donado

Identificación: 1.042.420.928



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dina Del Carmen Cuello Donado identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.042.420.928 de Soledad/Atlantico, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales SURA 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, Dina Del Carmen Cuello Donado identificado (a) con C.C. No. 1.042.420.928 de Soledad/Atlantico ,en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI  NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 18 n 15-13
NUMERO DE TELÉFONO	3004129694
CORREO ELECTRÓNICO	Dicudo1513@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	colfondos
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	Salud total

Firma 

CC 1.042.420.928

**Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta**



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**DINA DEL CARMEN CUELLO DONADO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1042420928*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cauca, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

LUIS FERNANDO VELASQUEZ RAMIREZ

Subdirector

COMPLEJO TECNOLÓGICO PARA LA GESTIÓN AGROEMPRESARIAL  
REGIONAL ANTIOQUIA

84990684 - 29/08/2022

FECHA REGISTRO