



La República de Colombia

En su nombre la

Institución Educativa Antonia Santos

Malambo - Atlántico

Autorizada por la Secretaría de Educación de Malambo - Atlántico

Para la Jornada Nocturna mediante Resolución No. 0149

del 14 de Febrero de 2011

Confiere a:

Gabino Jose Cervantes Cassianni

C.C. 72.302.231 de Ponedera (Atl.)

El Título de:

Bachiller Académico

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

Mantel Chadriz Bertuz
Rector

Luz Stela Ramirez A.
Secretaria

Robinson Gómez Amador
Director Núcleo de Desarrollo
Educativo Malambo No. 47

Anotado en el Libro de Registro No. 01 Folio No. 47
Acta No. 15

Dado en Malambo - Atlántico a los 07 días del mes de Diciembre de 2014

No requiere registro de la Secretaría de Educación Distrital, según Decreto 021
de mayo 7 de 1994 y 2150 de Diciembre 5 de 1995

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN No. TH-2024-0356

Table with contract details: CONTRATANTE, CONTRATISTA, OBJETO, VALOR, CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD, PRESUPUESTAL, PLAZO.

Entre los suscritos a saber: ANSELMO JOSE HOYOS FRANCO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 8.631.184 expedida en el municipio de Sabanalarga - Atlántico, quien en su condición de Gerente de la ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, quien para efectos contractuales se denominará EL CONTRATANTE de una parte y por la otra GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI mayor de edad, denominará EL CONTRATISTA de la otra parte...

Dirección: Carrera 40 33-06 Soledad Atlántico, Colombia Teléfono: 375 948 000 - WhatsApp: Clásico 309 241 11 30 info@hospitalmoin.gov.co www.hospitalmoin.gov.co

recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le impartirá la Gerencia de la ESE a través del supervisor del mismo. para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 4) Afiliarse al sistema de seguridad social en salud...

Dirección: Carrera 40 33-06 Soledad Atlántico, Colombia Teléfono: 375 948 000 - WhatsApp: Clásico 309 241 11 30 info@hospitalmoin.gov.co www.hospitalmoin.gov.co

Entre la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD y EL CONTRATISTA. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES. ETAPA DE ARREGLO DIRECTO. Las controversias que surjan entre EL CONTRATISTA y LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, con ocasión a la celebración, ejecución, interpretación, ampliación, terminación o liquidación del contrato...

Para constancia se firma por las partes, en el municipio de Soledad, el día 02 de Enero de 2024

Signature of Anselmo Hoyos Franco, Gerente

Signature of Gabino Jose Cervantes Cassiani, Contratista

Proyecto D: ESE Asesor Gerencia, Ebanco: ESE Profesional Contratación, Revisión: OI - Asesor Contratación, Aprobación: ESE Asesor Gerencia LA CENTRAL

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **72.302.231** expedida en **PONEDERA** 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 Noviembre de 2023..

Firma: **GABINO C.**

C.C : 72.302.231

Nombre: **GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI**



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 Noviembre de 2023.

Firma: **GABINO C**

Nombre: GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI

Identificación: 72.302.231

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC-72302231
Nombres: GABINO JOSE
Apellidos: CERVANTES CASSIANI
No. de Carnet: 980A6E6311461E35E053020213AC9B72
Tipo de afiliado: COTIZANTE
Fecha de afiliación:
Estado de afiliación: Activo
Régimen: Contributivo
IPS:
Departamento - Municipio: ATLANTICO-PONEDERA
Categoría: A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certificación se expide y firma el Wednesday, February 19, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Wednesday, March 19, 2025



CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72302231**, *no está registrado/a* en el 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.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 72.302.231 de PONEDERA, 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, GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI identificado (a) con C.C. No. 72.302.231 de PONEDERA , 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	CALLE 4 CR 12-436
NUMERO DE TELÉFONO	3224920127
CORREO ELECTRÓNICO	CERVANTESGABINO11@GMAIL.COM
FONDO DE PENSIÓN	COLFONDOS
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	COOSALUD

Firma GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI

72.302.231

N° de cedula

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



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, **GABINO JOSE CERVANTES CASSIANI** identificado con **CC No. 72302231**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - NI. 802013023	Fecha de inicio de cobertura: 03/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2025 Fecha fin de Contrato: 28/02/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 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 prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal 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): 202501012659833.

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