

*La República de Colombia*



*y en su nombre*

*Institución Educativa Técnica Comercial  
de Santo Tomás*

*Santo Tomás - Atlántico*

*Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental  
según resolución No. 7826 de Noviembre 25 de 2009 y la  
resolución N° 0973 de Mayo 11 de 2018*

*Concede a*

*Pérez Bolaño Sharol Patricia*

*T.I. 1007134434 SANTO TOMÁS*

*El título de*

*Bachiller Técnico*

*en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras*

*Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
educación media Técnica, según los planes y programas vigentes  
reglamentadas por la ley 115, decreto 1860 de 1994.*



*Vilma A de González*

*Esp. Vilma Avila de González  
C.C. N° 22.442.257 de Barranquilla  
Rectora.*

*Naissir R. Hidalgo Vallejo*

*Naissir R. Hidalgo Vallejo  
C.C. N° 72.123.371 de Santo Tomás  
Secretario General.*

*Libro de registro N° 02 Folio N° 13 Acta N° 37  
Dado en Santo Tomás a los 6 días del mes de Diciembre de 2018*



Acta Individual de Grado  
Institución Educativa Técnica Comercial de  
**Santo Tomás**

Santo Tomás - Atlántico

Acta de Grado No. 37

En Santo Tomás Atlántico, siendo las 2:00 p. m., del día 6 de Diciembre de 2018, se reunieron con el fin de llevar a cabo el acto solemne de graduación de los Estudiantes de Undécimo grado, la Rectora y el Secretario General de la Institución Educativa Técnica Comercial de Santo Tomás, aprobada en los niveles de Educación Básica y Media Técnica, autorizada por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución N° 7826 del 25 de Noviembre de 2009 y la Resolución 0973 de Mayo 11 de 2018.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, debidamente revisada la documentación por la Rectora y Secretario General, se procedió a Otorgar el Título de:

*Bachiller Técnico*  
*en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras*

A los graduandos cuyo número de orden, apellidos, nombres y documentos de identificación se relacionan a continuación:

*Perez Bolaño Sharol Patricia*

T.I. 1007134434 SANTO TOMÁS

Esta acta consta de 27 estudiantes graduados, que comienza con el nombre de Ariza Muñoz Jorge Luis y termina con el nombre de Suárez Pizarro Yeinner Jesús.

En constancia se firma el acta por quienes intervinieron en el cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981, Decreto 1860 de 1994, Ley 115 de 1994 y Decreto N° 1290 de 2009.

Se expide en Santo Tomás (Atlántico) a los 6 días del mes de Diciembre de 2018.

*Vilma A de González*

Esp. Vilma Avila de González  
C.C. N° 22.442.257 de Barranquilla  
Rectora.

*Naissir R. Hidalgo Vallejo*

Naissir R. Hidalgo Vallejo  
C.C. N° 72.123.371 de Santo Tomás  
Secretario General.



# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

a través del Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

## Instituto Técnico CARL ROS

Aprobado según licencia de funcionamiento No. 000830 del 21 de julio de 1998, y registro de programa No. 08124 del 11 de Agosto de 2017, emanada por la Secretaría de Educación Distrital.

**Le confiere a:**

**SHAROL PATRICIA PÉREZ BOLAÑO**

*C.C. 1.007.134.434 de Santo Tomas (Atlántico).*

**Certificado de Técnico Laboral por competencia en:**

**AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Por haber cursado y aprobado los planes de estudios correspondientes, de acuerdo a los programas presentados por esta institución ante la Secretaría de Educación Distrital, según las normas que rigen la educación para el trabajo y el desarrollo humano.

*Moisés Rosas Acosta*

Moisés Rosas Acosta  
Director

*José Carbonell Montoya*

José Carbonell Montoya  
Director Académico

Anotado al folio No. 061 Libro de registro No. 002

Dado en Barranquilla, a los 05 días del mes de Agosto de 20 22.

Intensidad horaria 1779 horas.



## ACTA DE GRADO N° 034

En la ciudad de Barranquilla, a los 05 días del mes de Agosto del año 2022 se realizó la solemne ceremonia de entrega de certificados de Auxiliar en Enfermería Licencia de Funcionamiento N° 000830 del 21 de Julio de 1998 acuerdo N° 115 del 23 de Diciembre del 2008 del Ministerio de Protección Social y Registro de Programa N° 08124 del 11 de Agosto del 2017 emanada de la Secretaría de Educación Distrital.

Por medio del cual otorga, de acuerdo con la ley, y a los estatutos de la Institución el Certificado Técnico Laboral Por Competencias en:

Instituto Técnico

Auxiliar en Enfermería a:

***Sharol Patricia Pérez Bolaño.***

*C.C. N° 1.007.134.434 De Santo Tomas (Atlántico).*

A quien se le tomó juramento de rigor.

En constancia de ello se firma y refrenda con el sello mayor de la institución.

CARL ROS

*Moises Rosas A.*

Director (a)

*[Firma]*

Director académico

Anotado al folio No. 061

Intensidad horaria: 1779 Horas

Libro de registro No. 002

*Sharol Patricia Perez Bolaño*

C.C. No. 1.007.134.434 de Santo Tomas

Atlántico  
para la Gente



SECRETARÍA DE SALUD  
RESOLUCIÓN NUMERO 08 - 4998 DE 2022

(20 de septiembre de 2022)

Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

#### CONSIDERANDO

Que SHAROL PATRICIA PEREZ BOLAÑO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1007134434 expedida en Santo Tomás - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según TÍTULO que le otorgó la **INSTITUTO TECNICO CAHIL ROS**, el día 5 de agosto de 2022, según Acta de Grado N° 034.

#### RESUELVE

**ARTICULO UNICO.** Autorízase a SHAROL PATRICIA PEREZ BOLAÑO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1007134434 expedida en Santo Tomás - Atlántico, para ejercer la Profesión de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

#### COMUNIQUESE Y CÚPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 20 de septiembre de 2022

**PIEDAD ESCOBAR LOPEZ**

Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Subsecretaría de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud



tel: 800 300 611  
correo: salud@atlantico.gov.co  
salud@atlantico.gov.co

Comunicación del Atlántico  
atlantico.gov.co

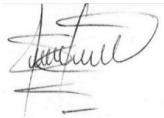
atlas@atlantico.gov.co  
+57 320 330 1933  
Calle 45 - APT. 141 - Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 800 915 307

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007134434**, *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 04 de diciembre 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 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 01/12/2025

Firma: 

Nombre: SHAROL PATRICIA PERE BOLAÑO

Identificación: 1.007.134.434





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), SHAROL PATRICIA PERE BOLAÑO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, No. 1.007.134.434 expedida en Santo Tomas – Atlántico, 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: 01/12/2025

Firma: *Sharol Perez B.*  
C.C 1.007.134.434  
Nombre: **SHAROL PATRICIA PERE BOLAÑO**



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **SHAROL PATRICIA PERE BOLAÑO**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.007.134.434 de Santo Tomas – Atl., 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 \_\_\_\_\_ 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, **SHAROL PATRICIA PERE BOLAÑO**, identificado (a) con C.C. No 1.007.134.434, 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 AXA COLPATRIA**

SI  NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 8A No. 13B - 93
NUMERO DE TELÉFONO	320 5702068
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:Sperezbolano25@gmail.com">Sperezbolano25@gmail.com</a>
FONDO DE PENSIÓN	N/A
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	COOSALUD

firma *Sharol Perez B.*

cc 100 7134434

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