En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, María del Pilar Revilla del Río, Identificado con Cédula No. 51917577 y Profesión Podólogo. **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: María del Pilar Revilla del Río

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		✓
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		✓
13	Convalidación de Titulo — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		✓
14	Tarjeta Profesional		✓
15	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años**)		
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
18	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

COPIA CONTROLADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.917.577**

ARVILLA DEL RIO

APELLIDOS

MARIA DEL PILAR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1966**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

06-FEB-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00331534-F-0051917577-20110906 0027939485A 1 37509921

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **51917577**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	51917577	ARVILLA	DEL RIO	MARIA	DEL PILAR	2024-02-16, 1:00 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO identificado con C.C./C.E./P.P No. 519175577 expedida en BOGOTA autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 14 del mes de marzo 2024.

Firma María del Pilar Arvilla del Rio
Nombre María del Pilar Arvilla del Rio
Cédula 51.917.577.

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente

Avísenme si contestan

UTC -5 13:34:02

MARIA DEL PILAR A...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	MARIA DEL PILAR
Apellidos	ARVILLA DEL RIO
Fecha de Nacimiento	17/04/1966 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	maryjos1103@hotmail.com
Teléfono	

Santa Marta 14 de marzo 2024

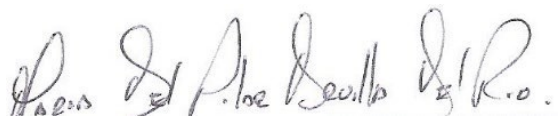
Señores:

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo **MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO** identificada con la cédula de ciudadanía Nº **51917577** de Bogotá D.C. - Cundinamarca, mediante el presente me permito dejar en consideración: Prestar mis servicios como **TÉCNICO DE APOYO ADMINISTRATIVO.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmando las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias dando apoyo administrativo, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,



MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO
C.C. 51917577

DIRECCION: CALLE 46B #65 – 06 Torre 32 Apto 204
TEL: 3028602408.
CORREO ELECTRONICO: maryjos1103@hotmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14572834077

(415)7707212489984(8020) 000001457283407 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 1 7 5 7 7	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 1 9 1 7 5 7 7	1 9 8 7 0 2 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARVILLA	DEL RIO	MARIA	DEL PILAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
SEC 1 MZ 62 6 AP 1 BRR CIUDADELA VEINTINUEVE DE JULIO

42. Correo electrónico marijos1103@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 4 4 0 2 7 1 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 9	2 0 0 9 0 3 1 3					4 1 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Arvilla	Del Rio	Maria Del Pilar

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 51917577	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 04 AÑO 1966	CALLE 46B 65 6 Parques de Bolivar 3 Torre 32 Apto 204			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3028602408	EMAIL	maryjos1103@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	5	X		TECNICA PROFESIONAL EN PUBLICIDAD	10	1990	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	12	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A ATENCION AL CIUDADANO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE PROMOCION SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD S&A SERVICIOS Y ASESORIAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA COMERCIAL PUNTO DE VEN	*DEPENDENCIA* AREA COMERCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 3 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVIOLA A & S SERVICIOS Y ASESORIAS SA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA COMERCIAL PUNTO DE VEN	*DEPENDENCIA* AREA COMERCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 3 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVIOLA A & S SERVICIOS Y ASESORIAS SA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	14	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA COMERCIAL PUNTO DE VEN	*DEPENDENCIA* AREA COMERCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 3 43					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
		Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI X NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 21 MARZO 2024.

María del Pilar Bonilla del Río

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

PRIME DIGITAL Consulting

Certifica que

MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO

Asistió a la sesión de formación titulada

Orientación al cliente

De manera virtual.

Con una intensidad de (4) horas

Marco Uzeta
Director de formación entrenamiento

El servicio público es de todos | Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública hace constar que:

Maria del Pilar Arvilla del Rio

C.C 51.917.577

Participó y completó con éxito el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de marzo 2021

Adriana Vargas Tamayo

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública

Código: 761016978000

fdm
FUNDACION para el DESARROLLO MICROEMPRESARIAL del MAGDALENA

La Fundación para el Desarrollo Microempresarial del Magdalena

PROGRAMA MICROEMPRESAS

CERTIFICA QUE:

MARIA DEL PILAR ARVILLA

Participó en el curso sobre

INFORMATICA BASICA

Dictado del 14 de Noviembre al 12 de Diciembre del 2000 con una Intensidad de 40 horas

Santa Marta, 13 de Diciembre del 2000

CARLOS LOPEZ LACOUTURE
Director Ejecutivo

OSCAR BARROS ESTRADA
Facilitador

Fiduciaria del Estado

CERTIFICA QUE:

MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO.

ASISTIO Y PARTICIPO EN EL SEMINARIO TALLER DE "CALIDAD TOTAL".

Realizado en Santafé de Bogotá los días Lunes 7 y Martes 8 de Noviembre de 1.994

POR LA FIDUCIARIA

EL CONFERENCISTA

Fundación Centro de Investigación Docencia y Consultoría Administrativa

Aprobación M.E.N. Resoluciones 007 de enero de 1973 - 3930 de marzo de 1979 e ICFES

C I D C A

Teniendo en cuenta que:

María Del Pilar Arvilla Del Río

Aprobó el programa del Curso de Perfeccionamiento en:

Redacción Publicitaria

Con una intensidad de 70 horas, le confiere el presente

Certificado

El Rector

El Secretario General

El Decano de la Facultad

Bogotá, D.E. Octubre 3 de 1980

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Fundación Centro de Investigación Docencia y Consultoría Administrativa

Aprobación Min. Educación Res 907 de 1973 — 3930 de marzo de 1979 e ICFES

C I D C A

le confiere el Título de

Técnico Profesional en

Publicidad y Comunicación Visual

a

María Del Pilar Arvilla Del Río

c.c., 51. 917. 577 de Bogotá

El Rector

El Secretario

Bogotá D. E. 3-6 de Octubre de 1990

El día 8. del mes Octubre del año de 1.990

Lo Refrendan con Sello Respectivo

Alcaldía Mayor de Bogotá D. E.

Anotado al Folio 48-A del Libro de Registro Nº 85

El Secretario de Educación

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Alfredo Binet

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,

según Resolución Nº 220 del 15 de Enero de 1985

Confiere A

María del Pilar Arvilla Del Río

Identificado con T. I Nº 660417-00030 de Sta. Marta (Mag)

El título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Dado en Bogotá, D.E. a 28 de Noviembre de 19 86

Anotado al folio 12 libro de registro Nº 80

Secretario de Educación,

de 19

FISE

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 19/02/2024

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR

Empresa en misión:

Nombre completo: MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO

Identificación: CC: 51917577

Responsable: El mismo paciente

Acompañante: Ninguno

Cargo: PUBLICISTA

Fecha nacimiento: 17/04/1966

Edad: 57

Genero: Femenino

Estado civil: Casado

Escolaridad: Técnica

Teléfono:

Dirección: Magdalena, Santa marta,

Nº hijos: 1

ARL:

EPS: Salud Total EPS

AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

Destinatario: Empleado

Permanente: No

Fecha inicial:

Fecha final:

Duración:

Recomendación:

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS:

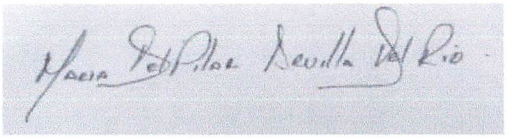
- SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ



Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584



Aspirante o trabajador
MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO
Identificación: CC: 51917577

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779-7

Certifica que:

ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.51917577 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
13/07/2016	21/08/2017	FRONT	$1,750,000	OBRA LABOR	FONDO NACIONAL DEL AHORRO - CARLOS LLERAS RESTREPO

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 13 días del mes de septiembre de 2018.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779-7

Certifica que:

ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.51917577 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
22/08/2017	21/03/2018	FRONT INTEGRAL	$1,850,000	OBRA LABOR	FONDO NACIONAL DEL AHORRO - CARLOS LLERAS RESTREPO

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
OTROS INGRESOS OCASIONALES	$23,529
COMISIONES POR VENTAS	$144,342

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 13 días del mes de septiembre de 2018.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779

Certifica que:

ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.51917577 está vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
22/03/2018	21/03/2019	FRONT INTEGRAL	$1,850,000	OBRA LABOR	FONDO NACIONAL DEL AHORRO - CARLOS LLERAS RESTREPO

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 7 días del mes de abril de 2018.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

SERVIOLA

SERVIOLA S.A.S.
NIT: 800,148,972

Santafe De Bogota, Noviembre 28 de 2020

Señores
FONDO NACIONAL DEL AHORRO
Ciudad

Apreciados Señores:

De la manera más atenta nos permitimos informarles que al(a) señor(a) ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR, identificada con CEDULA DE CIUDADANIA No. 51917577, trabajó en nuestra Compañia hasta el 11 de Noviembre del año 2020.

Por lo tanto les solicitamos se sirvan hacerle entrega del valor de las cesantías causadas <31-Diciembre-2019> y que fueron consignadas en ese Fondo de Cesantías.

Sin otro particular nos suscribimos;

Con un Cordial saludo,

LEONARDO ALVARADO ROBAYO
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS

30/06/2023 08:44:54

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779-7

Certifica que:

ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.51917577 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
12/11/2020	14/09/2021	ASESOR COMERCIAL PUNTO DE ATENCION	$1,997,450	OBRA LABOR	FONDO NACIONAL DEL AHORRO - CARLOS LLERAS RESTREPO

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
COMISIONES POR VENTAS	$359,732
COMISIONES	$235,000

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 30 días del mes de junio de 2023.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

Para confirmar los datos de la certificación consulte el QR

SERVIOLA S.A.S.

NIT: 800148972 -2

CERTIFICA

Que la Señora ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR, identificado con cédula de ciudadania número 51917577, estuvo vinculado a esta empresa por medio de un contrato de trabajo por el término que dure la OBRA O LABOR, desde el día 29 del mes SEPTIEMBRE del año 2022 y hasta el día 30 del mes JUNIO del año 2023 y fue enviado en misión a la empresa usuaria FONDO NACIONAL DEL AHORRO, en el cargo de COMERCIAL P.A. con un salario de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE ($2,100,000) mensuales.

El presente certificado se expide en Bogotá, por solicitud del interesado a los 21 días del mes JULIO de 2023 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

LEONARDO ALVARADO ROBAYO
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

S&A SERVICIOS Y ASESORÍAS
Soluciones temporales, soluciones duraderas

30/11/2023 11:27:00

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779-7

Certifica que:

ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.51917577 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
04/07/2023	10/11/2023	AGENTE COMERCIAL	$2,100,000	OBRA LABOR	FONDO NACIONAL DEL AHORRO - CARLOS LLERAS RESTREPO

Adicional, el trabajador devenga en promedio mensual los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
COMISIONES POR VENTAS	$322,895
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	$140,606

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 30 días del mes de noviembre de 2023.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, por favor consultar el siguiente QR:

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

Para más información comuníquese con nuestra línea nacional **01 8000 423771**

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

A. INFORMACIÓN GENERAL

Periodo de informe	ÚNICO INFORME
Contrato N°	PS 2198-2023
Nombre del Contratista	MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO
N° de identificación	N.º 51.917.577
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL DESARROLLO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE EN LOS CENTROS DE REFERENCIACIÓN DE LA LOCALIDAD 1 DEL DISTRITO DE SANTA MARTA.
Valor del Contrato	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCT ($2.500.000)
Valor de Honorarios	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCT ($2.500.000)
N° CDP	522 DEL 1 DE MARZO DE 2023
N° CRP	3712 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2023
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023
Fecha del Acta de Inicio	04 DE DICIEMBRE DE 2023
N° Pago	ÚNICO PAGO
N° de planilla de pago de Seguridad social	CERTIFICADOS
Nombre y cargo del supervisor del contrato	LUIS FERNANDO PINZÓN BOLAÑO SECRETARIO DE PROMOCIÓN SOCIAL, INCLUSIÓN Y EQUIDAD.

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (*Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato*)
	Apoyar en la atención al ciudadano y a las comunidades ofreciendo los servicios y tramites, de la oferta social e institucional de la Alcaldía de Santa Marta en los Centros de Referenciación. Apoye en la atención al ciudadano, durante la jornada de la estrategia Alcaldía a la calle, informándoles sobre las diferentes ofertas institucionales, trámites y servicios los Cuales pueden acceder de manera gratuita.
2	**Apoyar en el registro de los ciudadanos y de las comunidades que visitan los Centros de Referenciación, en los formatos definidos por la Alcaldía de Santa Marta, en el cumplimiento del Plan de Acción.** Registre la asistencia de los ciudadanos que visitaron el centro de referenciación de Villa Marbella, brindándoles también información sobre las ofertas y actividades próximas a realizarse en este CDR.
3	**Apoyar en la organización de los documentos que se generen en el marco del funcionamiento de los Centros de Referenciación.** Desde la oficina para las comunidades estuve apoyando en la organización de actas y documentos de los ciudadanos que se acercaron a los centro de referenciación de la localidad 1.

Objeto de verificación

4	**Apoyar en las demás actividades asignadas por el supervisor de acuerdo con su objeto contractual.** Apoyé en la promoción de la oferta institucional dirigida a las comunidades y poblaciones vulnerables bajo modalidad casa a casa brindando la información pertinente a la comunidad del corregimiento de Bonda y sus barrios aledaños, sobre cómo se desarrollará la jornada de "FERIAS DE LA EQUIDAD". Cuales son los servicios, cómo acceder de manera gratuita a esta feria y el punto exacto de esta misma.

C. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Que, a la fecha, he cumplido con las actividades establecidas en el contrato.
2. Que los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, serán descontados por la Secretaría de Hacienda Distrital.
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debida y legalmente pagados por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

D. DECLARACIONES DEL SUPERVISOR

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	Autorizo que los impuestos que se deban cancelar como contratista para la legalización del mencionado contrato, me sean descontados del valor a cancelar en la presente cuenta de cobro.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar	X	
4.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	X	
5.	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo único pago correspondiente del contrato 2198 del 2023. La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta en el mes de diciembre de 2023.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	**MARÍA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO** Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO:	**LUIS FERNANDO PINZÓN BOLAÑO** **SECRETARIO DE PROMOCIÓN SOCIAL, INCLUSIÓN Y EQUIDAD.** Firma del Supervisor
REVISÓ:	**RAFAEL DE JESUS REBOLLEDO GIL** **JEFE DE LA OFICINA PARA LAS COMUNIDADES DE LA SPSIE** Firma

Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.

Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta

NIt. 891780009

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **522**

Vigencia Fiscal: 2023 Fecha de Expedición: 01-03-2023 - Fecha De Vencimiento 31-12-2023

Objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y ASISTENCIALES PARA LA ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE REFERENCIACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLE EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA, EN LA LOCALIDAD NO. 1.**

Solicitante: **SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL, INCLUSIÓN Y EQUIDAD**

Unidad	Producto	Subprograma	Identificación Presupuestal	Fuente	C.P.C	Código BPIN	Concepto	Valor
11,1			2.3.2.02.02.008-11.1-4103.004-20	20	93990	2022470010129	Administración Y Funcionamiento De Los Centro De Referenciación Para La Atención Integral De Las Poblaciones Vulnerables En El Distrito De Santa Marta Otros Servicios Profesionales, Técnicos Y Empresariales N.C.P.	500.000.000,00
							Total Certificado	**500.000.000,00**

LUIS ALFONSO PEÑARANDA GONZALEZ

Director de Gestión Financiera

Elaboró: LUIS VERGARA

DISTRITO TURÍSTICO CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA

Nit: 891780009-4

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS 3712

Vigencia : 2023 Fecha del Compromiso : **04 de Diciembre de 2023**

Beneficiario: **MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO**

C. Ciudadanía: **51917577**

No. C.D.P. : **522** Fecha de Expedición del C.D.P.: **01-Mar-2023** Fecha de Vencimiento del R.P.S.: **31-Dic-2023**

Documento Soporte: **PS2198-2023** Fecha Documento: **04-Dic-2023**

Objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL DESARROLLO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE EN LOS CENTROS DE REFERENCIACIÓN DE LA LOCALIDAD 1 DEL DISTRITO DE SANTA MARTA.**

Unidad	Producto	Subprograma	Identificación Presupuestal	Fuente De Financiación	C.P.C	Codigo BPIN	Concepto	Valor
11.1			2.3.2.02.02.008-11.1-4103.004-20	20	83990	2022470010129	Administración Y Funcionamiento De Los Centro De Referenciación Para La Atención Integral De Las Poblaciones Vulnerables En El Distrito De Santa Marta	2.500.000,00

Total Compromisos **2.500.000,00**

LUIS ALFONSO PEÑARANDA GONZALEZ

Director de Gestión Financiera .

Elaboró: LUIS.VERGARA

[JSP7 ERP: Módulo de Presupuesto Sector Oficial - PREREP16ALSM]

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 51917577 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 16/02/2024 01:51 PM

Código Verificación: **P84DMGWHJ6**

Válida hasta: **16/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-11-30 12:39

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	DEL PILAR	ARVILLA	DEL RIO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	51917577

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	ALGARROBO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Calle 14 No 2-49"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Marzo / 13 de 2024

Señor (a): MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO
CC. 51917577
CL 46 B 65 06 TO 32 AP 204
SANTA MARTA

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 Junio / 12 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

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 Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

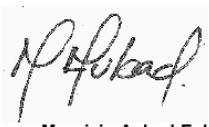
NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARVILLA DEL RIO MARIA DEL PILAR** identificado(a) con **CC** número **51.917.577** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 1999 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64 -** Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99 -** Cartagena: **642 49 99 -** Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024031322283

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, **MARIA DEL PILAR ARVILLA DEL RIO** identificado con **CC** No. **51917577**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 05/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 04/03/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2024 **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 prorroga 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): 202401013349736.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MDS_4_1_3_FR15 v. 07

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo			
Maria Del Pilar Arvilla Del Rio												M		F	x
Tipo de Documento									Número	Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP		51917577	Bogotá D.C.		6/12/1987		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X							X		1	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
17	4	1966	Santa Marta	Calle 46B #65 - 06 Parques De Bolivar 3 Torre 32 Apto 204	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
maryjos1103@hotmail.com	3028602408	

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar	x	Jubilado								

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensuales					
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO		

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

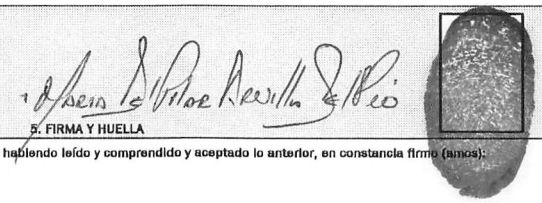
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firma (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento