

**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.

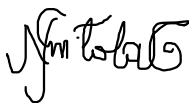
7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier 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 19 de enero de 2026.

Firma:



Nombre: NATALIA IMITOLA RIPOLL

Identificación: 1044800471



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), NATALIA DEL CARMEN IMITOLA RIPOLL identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1.044.800.471 expedida en Piojó, 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.

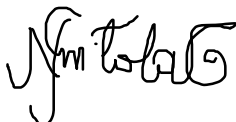
Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 19 de Enero de 2026.

Firma:

C.C 1044800471

Nombre: NATALIA DEL CARMEN IMITOLA RIPOLL



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, NATALIA DEL CARMEN IMITOLA RIPOLL identificado (a) con C.C. No 1044800471, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación a la **ASEGURADORA AXXA COLPATRIA**

SI ☒ NO ☐

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 9 # 9B 37
NUMERO DE TELÉFONO	3007751820
CORREO ELECTRÓNICO	Nimitola09@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	PORVENIR
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	SANITAS EPS

firma 

CC 1044800471

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
INSTITUCION EDUCATIVA SAN ANTONIO DE PIOJÓ TECNICA EN ECOTURISMO
Resol. No 2279 del 21 de diciembre del 2021 de secretaria de Educación
Departamental Nit. N° 890108028 – 0 Dane: 108549000075

**LOS SUSCRITOS RECTOR (E) Y SECRETARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SAN ANTONIO DE PIOJÓ**

CERTIFICAN:

Que, **IMITOLA RIPOLL NATALIA DEL CARMEN**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.044.800.471, expedida en Piojó – Atlántico, realizó y aprobó sus estudios académicos en esta Institución Educativa, datos consignados en el libro 3, bajo el número de Acta General de Graduación 020, de fecha 13 de diciembre del año 2003, Folio N° 40 registro No. 11.

Se expide la presente certificación en Piojó - Atlántico, a los veintiún (21) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026) a petición de la parte interesada.

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ ARIZA
Rector (E)

PATRICIA PACHECO DE LA V.
Secretaria



UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector:

teniendo en cuenta que

NATALIA DEL CARMEN IMITOLA RIPOLL

C.C. No. 1.044.800.471 de Pilojé

**Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad,
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:**

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Dado en Barranquilla, a los 26 días del mes de Septiembre de 2009

Diego Fco. Cardona F.
Decano de División

José F. Fierro B.
Rector

Luz Elena Trujillo
Secretario Académico

Personería Jurídica
Resolución No. 000395 del
7 de Junio de 1993

Libro No. 10
Acta No. 2009-41-02-28
10712

Registrado LR No. 19
Folio 0448-1791



BANCO COOMEVA S.A. 900406150

CERTIFICA QUE:

La Señora Natalia Del Carmen Imitola Ripoll, identificada con C.C. No. 1.044.800.471 de Piojó (Atlántico), labora en la compañía desde 9 de Julio de 2008 desempeñando en la actualidad el cargo de GESTOR/A CREDITO BCO con Contrato a Término Indefinido.

Para constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad de Cali, a 14 de enero de 2.026, con destino a quien pueda interesar.

Para cualquier información adicional, comunicarse al Teléfono 3330000 Ext. 39102 Cali ó 01-8000-963096 horario de atención: Lunes a Viernes de 7:30 a.m. a 12:20 p.m. y de 02:00 p.m. a 6:00 p.m.

Atentamente,

NELSY YURANI IDARRAGA BURGOS
DIRECTOR/A GESTIÓN HUMANA FID
BANCO COOMEVA S.A.
900406150-5

Este documento sólo es válido por verificación telefónica



CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1044800471
NOMBRES Y APELLIDOS	Imitola Ripoll,Natalia Del Carmen
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente,
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Imitola Ripoll,Natalia Del Carmen, a los 19 días del mes de enero del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **NATALIA DEL CARMEN IMITOLA RIPOLL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.044.800.471**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de septiembre de 2025.

La presente certificación se expide el 19 de enero de 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.