

**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.

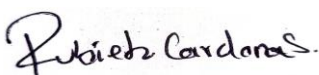
6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

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 de Febrero de 2025

Firma: 

Nombre: \_\_RUBIELA CARDENAS\_\_

Identificación: \_\_22613175\_\_





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO.22613175 expedida en PONEDERA 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.

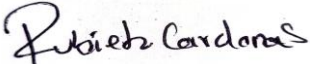
Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control 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, 01 de Febrero de 2025

Firma: 

**C.C 22613175**

Nombre:

**RUBIELA CARDENAS**





**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E  
INCOMPATIBILIDADES**



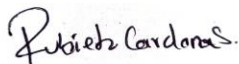
## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA \_\_\_\_\_ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. \_22613175\_\_\_\_\_ de \_PONEDERA ATLANTICO 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, \_RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA identificado (a) con C.C. No. \_22613175\_\_\_\_\_ de \_PONEDERA ATLANTICO\_\_\_\_\_, 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 POSITIVA ARL**

SI  NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 51 8B 64
NUMERO DE TELÉFONO	3044309806
CORREO ELECTRÓNICO	Ruycardenas33@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	COLPENSIONES
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	SURA

firma 

CC 22613175

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



**Centro de  
Informática  
del Caribe**

Nit. 900.216.554 - 1  
Registro Mercantil No. 28238

**ACTA GENERAL DE RECONOCIMIENTO DE APTITUD OCUPACIONAL  
POR COMPETENCIAS**

**NO. 016**

En Barranquilla a los 23 días del mes de Julio de 2010, se reunieron en la sala de Dirección los suscritos Director General, RAFAEL MERCADO GUTIERREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 8.765.307 Soledad Y Secretaria MARIBEL BUJATO MARQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 32.822.840 Soledad.

Atendiendo lo dispuesto en el Decreto 3616 de octubre 10 de 2005, en el numeral 1 artículo segundo, con el fin de formalizar el reconocimiento de aptitud ocupacional por competencia del Centro De Informática Del Caribe, con licencia No. 000610 del 21 de abril de 2003; según Acuerdo 136 del 21 de mayo de 2009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud del Ministerio De la Protección Social, y Registro según Resolución 07286 del 25 de noviembre de 2009 emanada de la Secretaria de Educación Distrital.

Que comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los programas formativos de la salud en **AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS**, se procedió a certificar la aptitud ocupacional por competencia de los dicentes, cuyos apellidos, nombres y números de documentos de identidad se relacionan a continuación:

**Rubiela Isabel Cárdenas Estrada**  
C.C. 22613175 Ponedera Atlántico

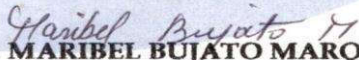
Registro realizado en el libro 001 de la Secretaría General bajo el Número 6 Folio 7 de fecha Referida en el acta general.

En fe de lo anterior se firma el presente Registro de reconocimiento de aptitud laboral por competencias a los egresados relacionados.

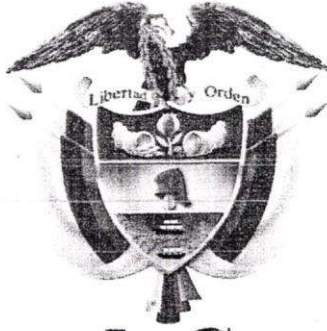
Dado en la ciudad de Barranquilla a los 23 días del mes de Julio de 2010.

  
Lic. RAFAEL MERCADO GUTIERREZ  
CC. 8.765.307 Soledad  
Director



  
Lic. MARIBEL BUJATO MARQUEZ  
CC. 32.822.840 Soledad  
Secretaria





# Instituto Sagrado Corazón de Jesús

*Campo de la Cruz - Atlántico*



CAMPO DE LA CRUZ - ATL.

Acta Individual de Grado No. 012

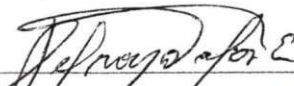
En el Municipio de Campo de la Cruz, a los 13 días del mes de Diciembre del año 2008, atendiendo lo dispuesto en el artículo 88 de la Ley 115 del 8 de Febrero de 1994, el numeral "e" del artículo 24 del Decreto 1860 de Agosto 3 de 1994 y el Decreto 3011 de 19 de Diciembre de 1997. Se reunieron con el fin de protocolizar la graduación de los alumnos del grado 11º, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del **INSTITUTO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**. Institución aprobada hasta el nivel de Educación Media autorizada para otorgar el certificado de estudio según licencia de Resolución No. 04092 del 12 de Diciembre de 2003. Emanada de la Secretaría de Educación Departamental; comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de adecuación Media, se procede a otorgar el certificado de estudios al graduando cuyo número de orden, nombres, apellidos y el número de documento de identificación se relacionan a continuación:

*Rubiela Isabel Cárdenas Estrada*

*C. C. 22.613.175 de Ponedera - Atlántico*

Se extrae del Acta General No. 012 de fecha 13 de Diciembre de 2008, que comienza con los Nombres y Apellidos de **ARGENIDA ISABEL DE LA HOZ PERTUZ** y cierra con **RICHARD OSVALDO CHARRIS BOLAÑO**

  
Armando Rafael Penaloza Salas  
Rector

  
Rubiela Isabel Salas Eguis  
Secretaria



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace Constar que*

**RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA**

Con Cédula de Ciudadanía No. 22.613.175

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**INFORMATICA AVANZADA**

Con una duración de 40 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Barranquilla a los Dieciocho (18) días del mes de Marzo de Dos Mil Nueve (2009)*

FELIPE ANDRES RANGEL PAVA

SUBDIRECTOR CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y  
AGROINDUSTRIAL  
REGIONAL ATLANTICO

18/03/2009  
Fecha Registro

República de Colombia



y en su nombre el Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano



# Centro de Informática del Caribe

Lic. No. 000610 del 21 de Abril de 2003. Acuerdo 136 del 21 de Mayo de 2009 de la Comisión Sectorial para el Talento Humano en Salud Del Ministerio de la Protección Social, Registro según Resolución 07286 del 25 de noviembre de 2009, Emanada de la Secretaría De Educación Distrital Nit.: 900.216.554 - 1 / Reg. Mercantil No. 282387

Expide el certificado de:

Aptitud Ocupacional por Competencias en:

## Auxiliar en Servicios Farmacéuticos

### A: Rubiela Isabel Cárdenas Estrada

Identificado(a) C.C. 22613175 Expedida en: Ponedera, Atlántico

Por haber cursado y culminado los estudios correspondientes según planes y programas vigentes Registrados en la Secretaría de Educación Distrital, con una intensidad horaria de: 1.800 Horas

En testimonio de ello se firma en la ciudad de Barranquilla, a los 23 días del mes de Julio de 2010

Integrado al folio 7 del Libro de Registro No. 2

  
Director (a)



  
Secretaria





*República de Colombia*

# *Instituto Sagrado Corazón de Jesús*

*Campo de la Cruz - Atlántico*

*Licencia de Funcionamiento Según Resolución No. 04092 del 12 de Diciembre de 2003*

*Emanada de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental*

*Confiere:*

*Rubiela Isabel Cárdenas Estrada*

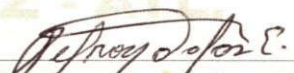
*C. C. 22.613.175 de Ponedera - Atlántico*

*El Título de:*

## *Bachiller Académico*

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

  
*Armando Rafael Penaloza Salas*  
Rector

  
*Rubiela Isabel Salas Eguis*  
Secretaria

*Libro No. 02 Registro No. 14 Folio No. 06 Acta No. 012*



CAMPO DE LA CRUZ - ATL

*Dado en Campo de la Cruz - Atlántico, a los 13 días del mes de Diciembre de 2008*



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

*Hace Constar que*  
**RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA**

Con Cédula de Ciudadanía No. 22.613.175

Cursó y aprobó la acción de Formación  
**OFIMÁTICA**

Con una duración de 88 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Barranquilla a los Veintiocho (28) días del mes de Febrero de Dos Mil Nueve (2009)

**GLADYS MARIA FLOREZ PAEZ**

SUBDIRECTORA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN  
REGIONAL ATLANTICO

SGC2009AP00054 28/02/2009  
No Y FECHA DE REGISTRO



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **22613175** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22613175
NOMBRES Y APELLIDOS	RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	167
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 17/02/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

[epssura.com](http://epssura.com)

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22613175**, se encuentra afiliado/a desde **17/01/2022** al 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.



## 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, **RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA** identificado con **CC No. 22613175**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - NI. 802013023	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 03/02/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 01/02/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 28/02/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 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](http://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): 202501012616283.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 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

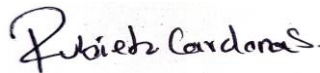
Soledad, 18 DE ENERO 2025

**Asunto: Autorización de consulta**

Yo\_RUBIELA ISABEL CARDENAS ESTRADA\_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía numero \_22613175\_\_\_\_\_, autorizo la consulta de mis datos por parte de Entidades Públicas a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II

Cordialmente,

\_RUBIEL ISABEL CARDENAS ESTRADA \_\_\_\_\_  
(Nombres y Apellidos Completos)



\_\_\_\_\_  
Firma

