

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DARIANA MERCEDES SIMANCA NIGRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.877.333**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Octubre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

La República de Colombia



y en su nombre la
Institución Educativa

Dolores María Ucrós de Soledad

Soledad - Atlántico

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución
No 0946 del 21 de Junio de 2000 Emanada de la Secretaría de Educación,
Departamento del Atlántico.

Confiere a:

SIMANCA NIGRO DARIANA MERCEDES

Identificado(a) con T.I o C.C No:


1001887333 De Soledad

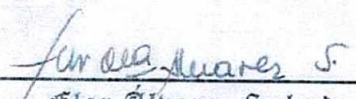
El Título de:

Bachiller

Con énfasis en Informática

Por Haber Cursado y aprobado los Estudios Correspondientes al Nivel
de Educación Media, Según los planes y programas vigentes.


Roberto Colón Castro
Rector


Flor Álvarez Salcedo
Secretaría General



Registro de actas de Grado

Libro No: 04, Acta No: 64.
Folio No: 177, No: de Orden 165.

No de Registro 6389.

Dado en Soledad, Atlántico a los 06 días del mes de Diciembre de 2019.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL PRADO COMFAMILIAR ATLÁNTICO

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Aprobado mediante Licencia de Funcionamiento con Resolución No. 000536 del 21 de Julio de 1997 de la Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla y Registro de Programa con Resolución No. 06024-2 de la Secretaría de Educación Distrital de Barranquilla.

CONFIERE EL

CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

Duración 1536 Horas

a:

Simanca Nigro Dariana Mercedes

C. C. No. 1001877333 de Soledad

POR HABER CUMPLIDO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA LEY

Dado en Barranquilla, a los 17 días del mes de Junio

de 2022

JEFE CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL PRADO

COORDINADOR (A) ACADÉMICO (A)



Libro: 2 Folio: 287



PROSEGUR

NIT.: 890401802-0

PROSEGUR VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA LTDA.

JEFE DE RECURSOS HUMANOS

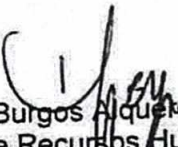
Regional atlántico

CERTIFICA QUE:

Que el señor (a) **SIMANCA NIGRO, DARIANA MERCEDES**, identificado con cédula de ciudadanía número **1.001.877.333**, realizo sus prácticas laborales como **ASISTENTE ADMINISTRATIVA**, en nuestra compañía desde el día **12 de mayo de 2021**, hasta el **06 de octubre de 2022**.

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado en la ciudad de **Barranquilla** a los **(25) días** del mes de **octubre** del año **2022**.

Cordialmente


Dellis Burgos Alquist
Jefe de Recursos Humanos – Regional Atlántico
Prosegur Vigilancia Y Seguridad Privada Ltda.
Calle 68 # 50-69
Tel: 3602324
Barranquilla - Atlántico

**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 Abril de 2025

Firma: DARIANA SIMANCA

Nombre: DARIANA MERCEDES SIMANCA NIGRO

Identificación: 1001877333





CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), DARIANA MERCEDES SIMANCA NIGRO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1001877333 expedida en SOLEDAD 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 Abril de 2025

Firma: DARIANA SIMANCA
C.C 1001877333
Nombre: DARIANA SIMANCA NIGRO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo DARIANA SIMANCA NIGRO__identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1001877333de SOLEDAD_, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales ARL POSITIVA_ y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo,_DARIANA SIMANCA NIGRO__identificado (a) con C.C. No. 1001877333 de SOLEDAD ,en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 11-16ª-57
NUMERO DE TELÉFONO	3002821910
CORREO ELECTRÓNICO	DARIANASIMANCA95@GMAIL.COM
FONDO DE PENSIÓN	PORVENIR
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	SANITAS

Firma DARIANA SIMANCA

CC 1001877333

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta

(Las las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional D. De Otro		3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado		4. Contribución solidaria Si No	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia		C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado		7. Código (a registrar por la EPS) 03			
B. Apellidos y nombres Primer Apellido: Simanca Segundo Apellido: NPERO Primer Nombre: Dariana Segundo Nombre: Mercedes									
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1001877333		11. Sexo biológico Femenino Masculino		12. Sexo identificación F M T NB Otro		13. Nacionalidad Col	
14. Lugar de nacimiento Salcedo		País Col		Departamento Atlántico		Municipio Salcedo		15. Fecha de nacimiento 05/02/2001	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS									
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN Si No		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización IBC 1.800.000		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección Calle 11 # 16 A - 57									
Teléfono Fijo		Teléfono Celular 3002821910							
Correo Electrónico		Dariana Simanca 95@gmail.com							
Departamento Atlántico		Municipio / Distrito Salcedo		Localidad / Comuna		Zona Cabeza Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR									
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante									
27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre		28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino Masculino	
31. Sexo identificación F M T NB Otro		32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad	
39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			
Datos complementarios del Beneficiario									
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN Si No	
48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		50. Incapacidad permanente Si No					
51. Datos de residencia									
Departamento		Municipio / Distrito		Zona Cabeza Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				Teléfono fijo y/o celular	
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)									
Dirección		Correo Electrónico							
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									



200455537

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (EPS)		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C <i>Unidad 30 - Solvumora</i>		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	

60. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado		
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen		
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.		
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.		
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.		
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.		
<input type="checkbox"/> 9. Fin de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.		
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.		
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD				
61. Datos básicos de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	DD MM AAAA
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
<i>Suma</i>	<i>01/03/2023</i>	Código		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.			
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.			
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
<input checked="" type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.			
<input checked="" type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.			
<input checked="" type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.			
<input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.			
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.			
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábem vigente.			

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			
78. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		No. del documento de identidad	

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS									
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT								
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.									
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.									
<input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.									
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.									
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.									
<input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.									
<input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2018.									
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
<input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.									

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL		
92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento
93. Nombre de la Institución		

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL				
94. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES		EPS Banitas RECIBO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS	
<i>Independiente</i>		<i>tipo cotizante 3</i>	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información reportada en las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario		Sticker procesamiento	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	
<i>Marcos 22236</i>			