

**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 02 de Marzo de 2025

Firma:



Nombre :LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK

Identificación: _____





CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO.32.607.377 expedida en Barranquilla 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, 03 de febrero de 2025

LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK
CC. 32607377 de Barranquilla





**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E
INCOMPATIBILIDADES**



La República de Colombia y en su Nombre.



El

Instituto Pestalozzi

Sede en la Facultad de Ciencias de la Universidad de la Sabana, Bogotá

Jornada Nocturna

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 22247 del 15 de Diciembre de 1981

Contiene a:

LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK

Identificada con C.C. No. 32.607.377. de B.QUILLA.

El Título de

Bachiller Académico

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


Director


Secretario Académico

Warranquillo, 22 de Agosto de 1982

Insisto al tomo No. 21 del Libro de Registro No. 21

REPUBLICA DE COLOMBIA



EL

Centro de Educación No Formal



Licencia No. 039 de Junio 4 de 1.990, Registro Educativo No. 036 de 1.988

En uso de las facultades legales que le otorga el Ministerio de Educación Nacional por medio de la Ley 24 de 1.988, Artículo 57 Decreto 2416 del 23 de Noviembre de 1.988

Expide el Certificado de

**APTITUD PROFESIONAL EN
SECRETARIADO COMERCIAL EJECUTIVO
CON OPERACION DE COMPUTADORES**

A:

Lilia Rosa Pérez Zaharak

Identificada con C.C. N° 32.607.377 de Barranquilla

Por razón de haber cursado y culminado los estudios correspondientes según planes y programas vigentes registrados en Secretaría de Educación Departamental

En Barranquilla el día 22 del mes de Diciembre de 1.990.

Director

Secretario de Educación Depto.

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK

CC.32.607.337

APROBO EL CURSO

DIGITACION DE TEXTOS I Y II

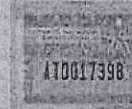
DURACION 100 HORAS



GLORIA ISABEL ZARATE SANCHEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO

Barranquilla, 22 de Julio de 2004
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION



COMERCIO Y SERVICIOS
CENTRO DE FORMACION

6GC2004AP00140 22/07/2004
No Y FECHA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK

CC.32.607.377

APROBO EL CURSO

INFORMATICA BASICA
DURACION 80 HORAS


ZORAIDA VILORIA DE CIJANES
JEFE DE CENTRO

Barangujá, 5 de Julio de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EMISION

COMERCIO Y SERVICIOS
CENTRO DE FORMACION

SGC030304P00214 / 05060203
Nº Y FECHA DE REGISTRO

CERTIFICACION DE APROBACION 03-02

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **LILIA ROSA PEREZ ZAHARAK** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **32607377** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención: **PEREZ RADIOLOGOS SAS**

Categoría: **A**

Fecha afiliación: **07/07/2023**

Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 03 de enero del 2024. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ ZAHARAK LILIA ROSA** identificado(a) con **CC** número **32.607.377** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de marzo de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de febrero de 2025.

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

2025020223084