



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Peñalosa		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Arevalo			NOMBRES Yira Del Carmen		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32739126				SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1970"/>				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 18C 2 82 A40 CASA LOS ALMENDROS			
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA		MUNICIPIO SOLEDAD		TELÉFONO 3841160	
MUNICIPIO BARRANQUILLA				EMAIL sofiangulo55@gmail.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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1988
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLÓGICA 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	4	X		TECNICO PROFESIONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	03	2021	

ESPECIFIQUE 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
ESPAÑOL			X			X		X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> CONSUL EXTERNA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19 25 21				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE HOSPITAL DE POLONUEVO DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2018	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2012	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> SERVICIOS GENERALES					<i>DIRECCIÓN</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL				

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **32.739.126**
PEÑALOZA AREVALO

APELLIDOS
YIRA DEL CARMEN

EDAD: 18

Yira del Carmen
Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1970**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-MAY-1989 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JEAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0305200-01009040-F-0032739126-20180523

0061267490A 1

9604469727

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14923185613



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **3 2 7 3 9 1 2 6** 6. DV **9** 12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla 14. Buzón electrónico **2**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida **2**
 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía **1 3**
 26. Número de Identificación: **3 2 7 3 9 1 2 6**
 27. Fecha expedición: **1 9 8 9 0 5 1 5**
 Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: **1 6 9** 29. Departamento: Atlántico **0 8**
 30. Ciudad/Municipio: Barranquilla **0 0 1**
 31. Primer apellido: PEÑALOZA 32. Segundo apellido: AREVALO 33. Primer nombre: YIRA 34. Otros nombres: DEL CARMEN
 35. Razón social:
 36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA **1 6 9** 39. Departamento: Atlántico **0 8** 40. Ciudad/Municipio: Soledad **7 5 8**
 41. Dirección principal: CR 18 C 2 82 A 40 BRR LOS ALMENDROS
 42. Correo electrónico: sofianguio55@gmail.com
 43. Código postal: 44. Teléfono 1: **3 1 6 8 1 8 1 5 5 2** 45. Teléfono 2: **6 0 5 3 8 4 1 9 3 6**

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
8 6 9 2	2 0 1 9 0 1 1 4	8 2 9 9	2 0 2 3 0 6 2 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: **4 9**
 49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 60. No. de Folios: **0** 61. Fecha: **2023 - 06 - 29 / 08 : 41 : 33**

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
 Firma autorizada:

 984. Nombre: SILVERA ARENAS MARIA ELVIA
 985. Cargo: Gestor III



FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, YIRA PEÑALOZA ARAUJO

IDENTIFICADO CON C.C.X C.E. T.I. N° 32.739.126 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

Pais COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SOLEDAD

Dirección Teléfonos 3168181552

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SOFIA ANGULO PEÑALOZA	1.044.813.274	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	52.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	52.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA	DE
DAVIVIENDA				\$	-

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

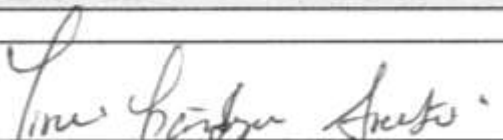
c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD 02-01-2023

CIUDAD Y FECHA

DAFF CAP

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-01-03--10:08:17 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	32739126	YIRA	DEL CARMEN	PEÑALOZA	AREVALO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO identificado(a) con CC 32739126 registra La siguiente información:

2024-01-03--10:08:17 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercicio Administrativo	Año Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2021-07-06	471705	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



FECHA DE EXAMEN: 29/04/2023 10:00 am
TIPO DE EXAMEN: INGRESO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCIÓN

NOMBRE:	CONSULTORIO MÉDICO HUBENSE VILLARR	NIT:	1042430519
DIRECCIÓN:	CALLE 18B #47-16	E-MAIL:	dr.hubense.villarreal@gmail.com
TELÉFONO:	3106938003	SEDE:	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES:	YIRA DEL CARMEN	APELLIDOS:	PEÑALOZA AREVALO	GÉNERO:	FEMENINO
IDENTIFICACIÓN:	CC 32739126	EDAD:	52	GRUPO SANGUÍNEO:	O +

DATOS EMPRESA

EMPRESA O IPS CONVENIO:	E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD.
CARGO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:	APTO PARA LA LABOR
RECOMENDACIONES GENERALES:	IMPLEMENTACION DE LINEAMIENTOS PARA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID-19 COMO EL USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD ESTRICTAMENTE FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19, LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y CORRECTO, DISTANCIAMIENTO SOCIAL ENTRE PERSONAS MINIMO 2 METROS DISTANCIA, USO DE MASCARILLAS NASO-BUCALES. REMISION A NUTRICION POR OBESIDAD GRADO 1 IMC: 33,3
RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:	DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, ACTIVIDAD FISICA REGULAR ENTRE 150-300 MINUTOS POR SEMANA PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOREPORTE, USOS DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL ACORDES A LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.

El examen certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudieran influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

HUBENSE JOSE VILLARREAL IBAÑEZ
 RM. 1042430519 LSO: 6488
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO EVALUADOR

YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO
 CC 32739126
 FIRMA DEL TRABAJADOR EVALUADO



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202201665

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000003469 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47	COD. AGE: 320	RAMO: 89	PAP:
DIA: 08 MES: 05 AÑO: 2023	DIA: 05 MES: 05 AÑO: 2023 HORAS: 23:59	DIA: 05 MES: 05 AÑO: 2024 HORAS: 23:59	DIA: 08 MES: 05 AÑO: 2023
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA HASTA	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	DIA: 05 MES: 05 AÑO: 2023 HORAS: 23:59	DIA: 05 MES: 05 AÑO: 2024 HORAS: 23:59 DIAS: 366
	VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA HASTA
	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO** IDENTIFICACIÓN CC: **32.739.126**

DIRECCIÓN: **KR 18 C 82 A 82 KR 18 C 2 N 82** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLANTICO** TELEFONO: **3759400**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO** IDENTIFICACIÓN CC: **32.739.126**

DIRECCIÓN: **KR 18 C 82 A 82 KR 18 C 2 N 82** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLANTICO** TELEFONO: **3759400**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN NIT: **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ATLANTICO** CIUDAD: **BARRANQUILLA**

DIRECCIÓN: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

BENEFICIARIO
001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: PEÑALOZA AREVALO, YIRA DEL CARMEN
ASEGURADO: PEÑALOZA AREVALO, YIRA DEL CARMEN
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: AUX DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION: NO APLICA

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,220	GASTOS EXPEDICION: \$ *****10,000.00	IVA \$ *****7,642	TOTAL A PAGAR \$ *****47,862
--	--------------------------------	---	----------------------	---------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GLOBALAS LTDA	7360	100.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861800018(0020)000:0000007000328220106

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CDDA207A0D0FFD7859 **CLIENTE** HLUENGAS 0

Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUJN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

A QUIEN INTERESE

BARRANQUILLA
COLOMBIA,

2023/05/30

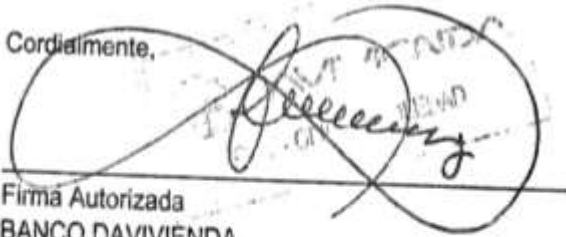
Por medio de la presente hacemos constar que la señora **YIRA PENALOZA AREVALO**
con Cédula de Ciudadanía número **32739126**
de **BARRANQUILLA-ATLANTICO**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 029700045093

Fecha Apertura 2017/06/13

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

D V I V I E N D A

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. **32739126 de 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.

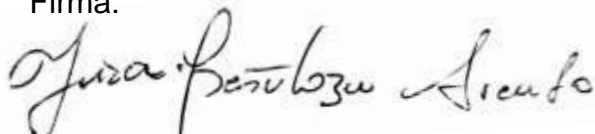
Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

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, 01 de Noviembre de 2023..

Firma:



C.C 32739126

Nombre: **YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO**

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

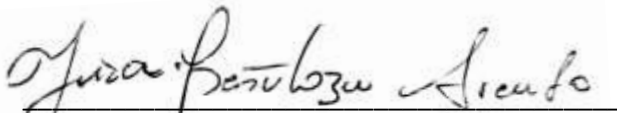
Yo, **YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. **32739126 de BARRANQUILLA**, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales POSITIVA ARL 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, **YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO** identificado (a) con C.C. No. **32739126 de BARRANQUILLA**, 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	CARRERA 18 C # 82ª-82
NUMERO DE TELÉFONO	316 8181552
CORREO ELECTRÓNICO	yirapenaloz7@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	COLPENSIONES
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	SALUD TOTAL

firma


CC: 32739126

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

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.

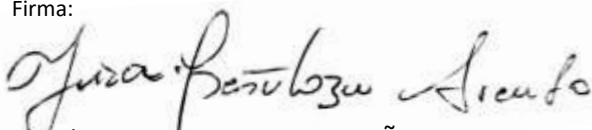
7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier 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 Noviembre de 2023.

Firma:



Nombre: YIRA DEL CARMEN PEÑALOZA AREVALO

Identificación: 32739126