

FECHA DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO: 12/11/24

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	KATIA YINEIS GÓMEZ ESPRIELLA
N° DOCUMENTO	1007172266
EDAD	25 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO	21/10/1999

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X
PERIODICO	
EGRESO	
REUBICACION	
REINTEGRO LABORAL	
POST INCAPACIDAD	

OTROS DATOS DEL TRABAJADOR

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NIEGA
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD LABORAL	NIEGA
ALERGIAS	NIEGA
MEDICAMENTOS	NIEGA
PESO	82 KG
TALLA	1,72 CM
IMC	27,7
EPS	CAJACOPI
ARL	
GRUPO SANGUINEO	AB+

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
CARGO	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA

Se hace constar que se ha realizado examen médico al trabajador y de acuerdo con la resolución 1918 del 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad del médico y/o institución que la elabora y estará disponible para fines legales pertinentes.

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

OPTOMETRIA	OK
AUDIOMETRIA	
RX DE TORAX	
EKG	
ESPIROMETRIA	
PERFIL LIPIDICO	
HEMOGRAMA	
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
EXAMEN CARDIOVASCULAR	SIN ALETRACIONES
COPROLOGICO	
KOH DE UÑAS	
VRDL	
FROTIS DE GARGANTA	

APTO	X
APTO CON RESTRICCIONES	
APLAZADO	
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAL	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	


CONCEPTO: APTO PARA EJERCER EL CARGO

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMEDACIONES	SEGÚN IMC	INCLUSION SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	MANEJO EPS/ARL
-CONTROL OCUPACIONAL () -HIGIENE POSTURAL (X) -PAUSAS ACTIVAS (X) -EVALUACION PUESTO DE TRABAJO ()	- DIETA () -EJERCICIO REGULAR () -CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA ()	-SALUD VISUAL () - CUIDADO AUDITIVO () -CUIDADO CARDIOVASCULAR () -CUIDADO DE ESPALDA () - OSTEOMUSCULAR ()	-REMISION EPS () -REMISION ARL () -REMISION NUTRICION () -CONTINUAR TTO MEDICO () -REMISION OPTOMETRIA () -REMISION PSICOLOGIA ()

OBSERVACIONES:

EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALETRACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA SU TRABAJO


TERESA PAOLA DE LA HOZ DIAZ MEDICO GENERAL RM: 1042444495 ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RESOLUCION N°: 1373 DEL 30 DE MARZO DEL 2021

FIRMA DEL TRABAJADOR CC

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

(lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1 Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2 Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colaborativa <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> Colizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3 Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4 Tipo de afiliado A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5 Tipo de colizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del colizante o cabeza de familia)

6 Apellidos y Nombres * GOMEZ * ESPRIELLA * KATIA * YULEIS					
7 Tipo de documento de Identidad C.C	8 N° del documento de Identidad 1002 122 266	9 Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10 Fecha de nacimiento 21/11/1999	11 Estado Civil Soltera	12 EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13 Etnia	14 Grupo de población especial
15 Administradora de Riesgos Laborales - ARL COLPEDES	16 Administración de personas 1.300.000
17 Ingreso base del colizante - IC	18 Residencia Tu 1A1 # 21A - 39
19 Dirección Calle 19 # 21A - 39	20 Teléfono Celular 311 332 2245
21 Correo Electrónico katiagomez101@gmail.com	22 Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
23 Municipio/Distrito SOLANO	24 Localidad/Comuna DAS BAJO
25 Departamento Atlántico	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colizante

19 Apellidos y nombres Primer apellido Segunda apellido Primer nombre Segundo nombre				
20 Tipo de documento de Identidad	21 N° del documento de Identidad	22 Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23 Fecha de nacimiento	24 Dirección
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo Celular

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24 Apellidos y nombres Primer apellido Segunda apellido Primer nombre Segundo nombre			
25 Tipo de documento de Identidad	26 Número del documento de Identidad	27 Sexo Femenino Masculino	28 Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

29 Parentesco	30 Etnia	31 Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M T P Condición:	32 Valor de la suma del afiliado adicional (a registrar por la EPS) 14/11/2024 Yuleis Delgado
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32 Datos de residencia	Zona U R	Municipio/Distrito	Departamento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

34 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35 Nombre o razón social	36 Tipo de documento de Identificación	37 Número del documento de Identificación	38 Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39 Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo Electrónico
			Municipio/Distrito Departamento

VICIADO SUBSIDIADO

40 Tipo de Novedad

<input type="radio"/> 1. Modificación de los datos básicos de identificación	<input type="radio"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="radio"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación	<input type="radio"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="radio"/> 3. Actualización del documento de identidad	<input type="radio"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="radio"/> B. Régimen Subsidado
<input type="radio"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios	<input type="radio"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="radio"/> B. Diferente Régimen
<input type="radio"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: _____	<input type="radio"/> 15. Reporte de fallecimiento
<input type="radio"/> 6. Reinscripción en la EPS	<input type="radio"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input type="radio"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="radio"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
<input type="radio"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="radio"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado
<input type="radio"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	
<input type="radio"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Nivel familiar	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	X 01/11/2014

42. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado
Código: _____

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Penales

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de extinción de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. 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.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.

52. 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.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

X Katia Gómez

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

X

55. El empleador, apartada o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad: CN TI PA CD Total: _____

PC CC CE SC

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. 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.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acta administrativo de custodia.

62. 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.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

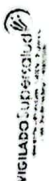
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	67. Datos del SISDEV Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A
70. Nombre del funcionario que realiza la validación	69. Fecha de Validación D D M M A A A A			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario		

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario



**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) **KATIA YINEIS GOMEZ ESPRIELLA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.007.172.266**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** con **VINCULACION INICIAL** desde el 24 de julio de 2019.

La presente certificación se expide el 14 de noviembre de 2024.

Cordialmente,



Gerente 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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



INCATEC

Instituto Técnico de Administración y Salud

Licencia de Funcionamiento No. 087 de Febrero 23 de 1.999 Secretaría de Educación Distrital - Barranquilla

Expide la presente Constancia de Asistencia a:
Katia Yineis Gómez Espriella

Documento de Identidad No. 1.007.172.266 de Soledad (Atl.)

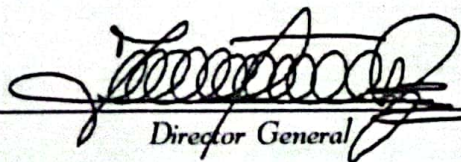
Por haber Participado en El Diplomado de:


Salud Oral y Estética Dental

Con una Intensidad de 100 horas

Dado en Barranquilla a los 09 días del mes de Agosto de 20 19

Anotado en el Libro No. 04 Registro No. 1666


Director General


Director Académico

ACTA DE CLAUSURA DE PROGRAMAS Y CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN SALUD ORAL No 24 DEL 9 DE AGOSTO DE 2019

En la ciudad de Barranquilla, a los Nueve (09) días del mes de Agosto de 2019, en el Centro de Eventos Las Trinitarias, siendo las Cuatro (4:00 P.M.) de la tarde se reunieron los suscritos Director General, Doctor **JORGE TAMAYO ARGUELLES** y la Directora Académica Señora **KATHYA CENETH DIAZ MENDOZA** del **INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACIÓN Y SALUD – INCATEC** y demás invitados especiales, con el fin de formalizar en ceremonia de clausura de programas la culminación de estudios de (la) estudiante **Katia Yineis Gómez Espriella**, identificado(a) con el documento de identidad No **1.007.172.266** expedida en **Soledad (Atl.)**, quién llenó todos los requisitos que el Reglamento Pedagógico estipula para optar al Certificado de Aptitud Ocupacional Como Técnico Laboral por Competencias en **AUXILIAR EN SALUD ORAL**, con una intensidad de 1600 Horas, el Director General tomó el juramento reglamentario e hizo entrega del correspondiente certificado y la presente acta debidamente firmados, sellados y registrados en el folio No **3996A** del libro de certificaciones No **10**

Es fiel copia tomada del original debidamente firmada por el Director General y la Directora Académica. Dada en Barranquilla a los Nueve (09) días del mes de Agosto de 2019.



JORGE TAMAYO ARGUELLES
Director General



KATHYA CENETH DIAZ MENDOZA
Directora Académica



Gobernación
del Atlántico

**ATLÁNTICO
LÍDER**

SECRETARIA DE SALUD
RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 5287 DE 2019

(24 de septiembre de 2019)

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional “

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

CONSIDERANDO

Que **KATIA YINEIS GOMEZ ESPRIELLA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.172.266 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL**, según TITULO que le otorgó el **INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACION Y SALUD INCATEC**, el día 9 de agosto de 2019, según Acta de Grado N° 24.

RESUELVE

ARTICULO ÚNICO: Autorízase a **KATIA YINEIS GOMEZ ESPRIELLA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.172.266 expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la Profesión de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL** en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 24 de septiembre de 2019.

HERNANDO JOSE VILORIA ELJACH
Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: PGoenaga
Revisó: HMencó

www.atlantico.gov.co

Calle 40 Cra 45 y 46 - Teléfono (57+ 5)3307000 -
Fax (57+5)3307444 Barranquilla, Colombia



gobatl



@gobernaciondelatlantico



gobatlantico

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Katia Yineis Gómez Espriella

CC 1007172266 de Soledad-Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI
Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

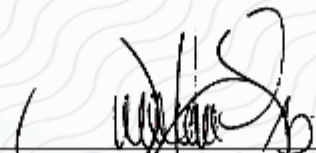
Verificación:

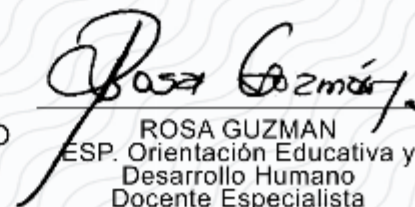


Fecha de emisión: 2024-11-13
Fecha de vencimiento: 2026-11-13

 FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Katia Yineis Gómez Espriella

CC 1007172266 de Soledad-Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2024-11-11

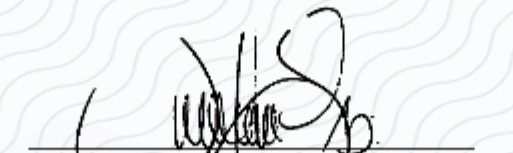
Fecha de vencimiento: 2026-11-11



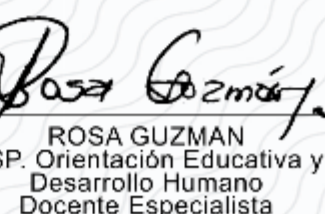
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica
Katia Yineis Gómez Espriella

CC 1007172266 de Soledad-Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2024-11-09

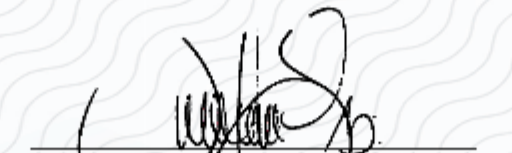
Fecha de vencimiento: 2026-11-09



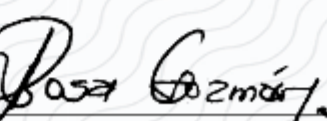
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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 CIUDEDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD de lo siguiente:

1. La E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA 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 CIUDEDELA 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 CIUDEDELA 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 CIUDEDELA 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 CIUDEDELA 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 CIUDEDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD.

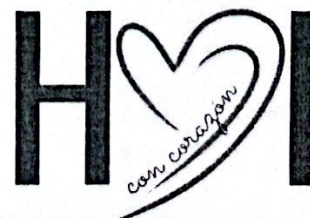
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Febrero de 2025

Firma: Katia Gómez

Nombre: Katia Yineis Gómez Espiella

Identificación: 1.007.172.266





Hospital
Materno Infantil

FO-CPS-03-V.1

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), KATIA YINEIS GOMEZ ESPRIELLA, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1.007.172.266 expedida en SOLEDAD-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: *Katia Gómez*
C.C. *1.007.172.266*
Nombre: *KATIA YINEIS GÓMEZ ESPRIELLA*

