



**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:

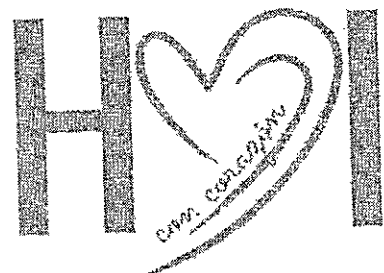
1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales 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 _____

Firma:

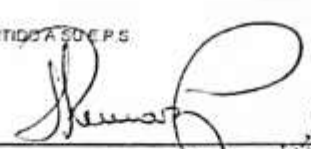
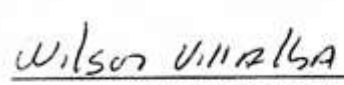
Nombre: Wilson

Identificación: 8775049



Dr. Helecto Rodríguez Maury.

Médico Especialista en Salud ocupacional
 Reg. Médico N° 018 de Min. Salud - Lic. S.O. N° 4271
 Cra. 3sur N° 48-04 - Tel. 3126974083
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE: INDEPENDIENTE				
EMPRESA EN MISION: Hospital Materno Infantil d. Soledad				
REFERENCIA		FECHA:		
INGRESO <input checked="" type="checkbox"/>	PERIODICO	RETIRO	REUBICACION	REINTEGRO
INFORMACION PERSONAL: Wilson Armando Villalba Mielés				
NOMBRES Y APELLIDOS				
CEDULA DE CIUDADANIA N°: 8.775.049		EDAD: 55 a	SEXO: Masculino	
E.P.S. Salud Total		A.M.		
EXAMENES REALIZADOS:				Resultados
EXAMEN MEDICO OSTEO MUSCUL	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
EXAMENES DE LABORATORIO	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
AUDIOMETRIA	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
VISIONOMETRIA	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
ESPIROMETRIA	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONCEPTO MEDICO DE INGRESO				
1. APTO. <input checked="" type="checkbox"/>		2. APTO CON RECOMENDACIONES.		3. APTO CON RESTRICCIONES.
VALORACION PARA TRABAJOS EN ALTURAS:		SI	NO:	APTO: <input type="checkbox"/> NO APTO: <input type="checkbox"/>
RECOMENDACIONES GENERALES:				
DOTAR CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS ACORDE CON LOS RIESGOS EXPUESTOS.				
UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.				
HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE:				
DIETA BALANCEADA.				
EJERCICIO FISICO MINIMO 40 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA				
ADOPTAR NORMAS EN HIGIENE POSTURAL, LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE CARGA.				
CUMPLIR CON LAS NORMAS DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA EMPRESA.				
REPORTAR TODO ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO QUE OCURRA EN LA EMPRESA.				
REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDAN GENERAR ACCIDENTES LABORALES.				
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:				
REMITIDO A S.O.E.P.S.				
 FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA EN S.O.		 FIRMA DEL TRABAJADOR		
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL N° 4271		CEDULA DE CIUDADANIA 8775049		

Bogotá, Noviembre / 5 de 2025

Salud Total SA

Señor (a):
WILSON ARMANDO VILLALBA MIELES
CC.8775049
CR 38 57 B 30
BARRANQUILLA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Noviembre / 1 de 2017, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a) Wilson Urrutia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. ~~8775049~~ 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.

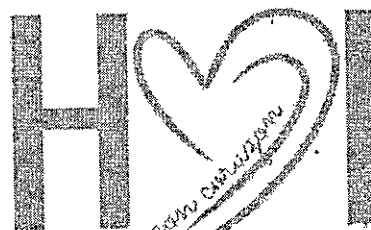
Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá 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 Septiembre de 2025

Wilson Urrutia
Firma:
C.C. 8775049
Nombre:

Wilson Armando Urrutia



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VILLALBA MIELES WILSON ARMANDO** identificado(a) con **CC número 8.775.049** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 30 de mayo de 1996 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de septiembre 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:**

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Call (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>