



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BERNAL		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ANGUILA		NOMBRES YULEIDYS ESTHER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1042449720			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES 09 AÑO 1994 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO BARRANQUILLA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 18d#82a-77 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO SOLEDAD TELÉFONO 3222222 EMAIL yule_bernal@hotmail.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°	1X1°	MES	12	AÑO	2011

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		TRABAJADOR SOCIAL	12	2019	425321014

ESPECÍFIQUE 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

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													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	02	Mes	01	Año	2024	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1235/2009 - PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 40 SUR 33 6 cra 40#33-06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3003141393			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	03	Mes	04	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	16	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	03	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3003141393			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3003141393			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 40 SUR 33 06				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN CALLE 25 SUR 19 null SUR CALLE 25 CON CRA 19				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3003141393			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	27	<i>Mes</i>	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL				DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL				DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL				DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL				DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO				DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
				<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL				DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL						DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE SOLEDAD E.U				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS SIN DATO				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	15	<i>Mes</i>	09
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL			DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL					DIRECCIÓN Sin dirección				

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	1

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ^Y NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

01/02/2024

YULEIDYS BERNAL

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.042.449.720

BERNAL ANGUILA

APELLIDOS

YULEIDYS ESTHER

NOMBRES

Yuleidy Bernal A.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1994**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

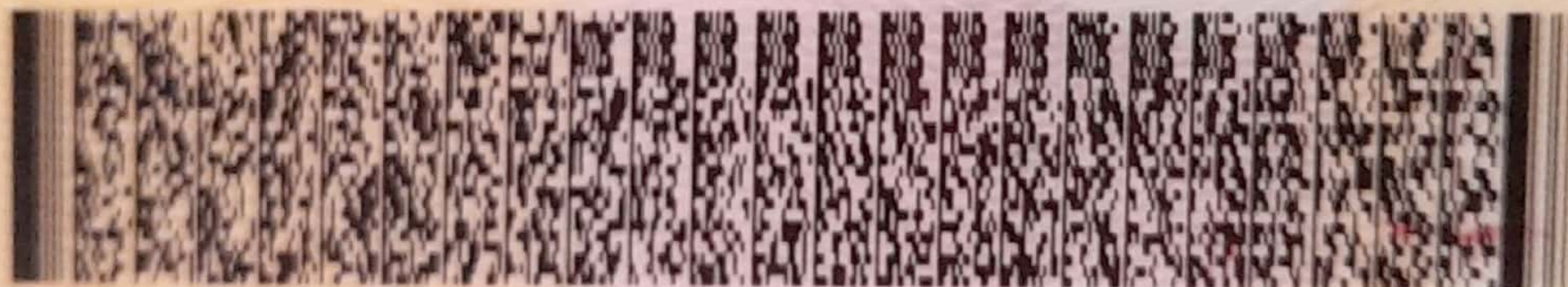
F

SEXO

27-DIC-2012 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0305200-01270582-F-1042449720-20211203

0077093763A 1

8503458944



El servicio público
es de todos

Función
Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

Periodo Declarado: 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Yuleidys Esther Bernal Anguila

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.042.449.720 CON DOMICILIO PRINCIPAL
EN: Soledad

País Colombia Departamento Atlantico Municipio Barranquilla

Dirección kra 18D # 82a -77 Teléfonos 3003141393

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Aslhey Sofia Conde Bernal	1.043.701.058	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 X 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	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	2.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 2.000.000

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
Davivienda	Ahorro	550488422053576	Soledad	\$ -

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 X NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
Hugo Alonso Conde Flores	C.C. X C.E. T.I.	1.140.862.962

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMAYULEIDYS BERNAL ANGUILA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

jun-24

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 y Decreto 2833 de 1981

Nit 800005991-9

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL HACE CONSTAR QUE:

1. **YULEIDYS ESTHER BERNAL ANGUILA**, con cédula No. 1042449720 de Soledad (Atlántico), el 04 de Febrero de 2020 solicitó su inscripción ante este Consejo.
2. Después de verificar la documentación recibida, se constató que cursó la carrera de Trabajo Social en la **UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**, la cual le otorgó el título correspondiente.
3. Al cumplir con lo ordenado por el artículo 4 del Decreto 2833 de 1981, con respecto a la documentación presentada, fue aprobada la inscripción por medio de la Resolución 0426 del 28 de Febrero de 2020, en la que también se incluyeron otros trabajadores sociales.
4. Cumpliendo con el mandato del artículo 22 de la Ley 962 de 2005 (julio 8), acerca del *Número Único de Identificación Personal* (NUIP), el número de la inscripción es el mismo de la cédula de ciudadanía: 1042449720.
5. Para verificación y control se le asignó un código interno: 425321014, utilizado exclusivamente para uso del Consejo.
6. Por tanto, ya inscrita ante el Consejo, esta persona podrá ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia, según lo estipulado en el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
7. Como los artículos 18 y 19 del decreto 2106 (22 de noviembre de 2019) suprimen tarjetas, matrículas y registros profesionales, esta certificación reemplaza el *registro profesional* que se venía utilizando en Trabajo Social.
8. De acuerdo con la Resolución 0014 (abril 24 de 1991) que autoriza a la presidencia del Consejo la aprobación de la inscripción, se expidió este documento, en Bogotá, D.C., el 04 de Febrero de 2020.
9. Que este Certificado tiene vigencia por seis(6) meses a partir del 12 de Abril de 2023, dado en Bogotá D.C

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide éste documento ingresando el código TNLwQbbvMD en el siguiente enlace.
<https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate>



CERTIFICADO

**SOLEDAD,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
YULEIDYS BERNAL ANGUILA**

02/01/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YULEIDYS ESTHER BERNAL ANGUILA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1042449720**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	488422053576
Fecha de apertura	29/06/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA