



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Cantillo		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Guerrero		NOMBRES Efrain Enrique	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 8734956			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 08 MES 09 AÑO 1962 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO BARRANQUILLA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 28A 22 26 CASA HIPODROMO PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO SOLEDAD TELÉFONO 3751528 EMAIL efrain8734956@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		BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1992	
										<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).

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
ESPAÑOL		X			X			X	

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

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 CIUDADELA 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>	2023	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR I			DEPENDENCIA AMBULANCIA Y URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR I			DEPENDENCIA AMBULANCIA Y URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE AMBULANCIA			DEPENDENCIA AMBULANCIA Y URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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>	01	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR I			DEPENDENCIA ACADEMICA Y SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			<i>Día</i>	09	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2011	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					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)

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

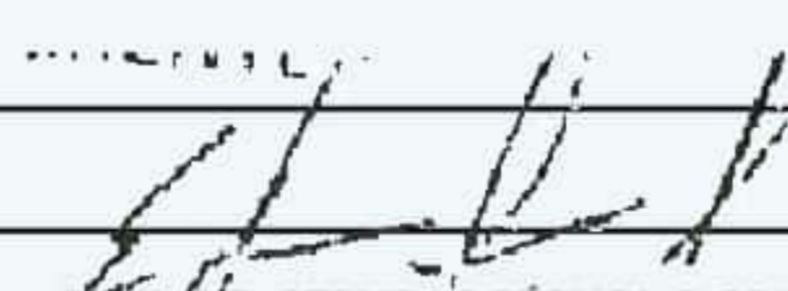
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI 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 _____



 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



**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 CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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 CIUDADELA 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: _____ EFRAIN ENRIQUE CANTILLO GUERRERO _____

Identificación: _____ 8734956 _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.734.956**

CANTILLO GUERRERO

APellidos

EFRAIN ENRIQUE

Nombre

[Signature]

FRIDA



FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1962**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIBL. SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0300100-00174322-M-0008734956-20090831 0015579942A 1 1040037541

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14911299819



(415)7707212489984(8020) 0000014911299819

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 7 3 4 9 5 6

6. DV
5

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

8 7 3 4 9 5 6

27. Fecha expedición

1 9 8 1 | 1 2 | 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

CANTILLO

32. Segundo apellido

GUERRERO

33. Primer nombre

EFRAIN

34. Otros nombres

ENRIQUE

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 28 A 22 26 BRR HIPODROMO

42. Correo electrónico

efrain8734956@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 3 2 4 9 8 9 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

Actividad secundaria

48. Código

0 0 2 0

Otras actividades

50. Código

2 0 1 0 2 0 1

Ocupación

51. Código

8 3 2 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

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 2023-04-28 / 11:35:18

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 CANTILLO GUERRERO EFRAIN ENRIQUE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

**HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CIUADDELA
METROPOLITANA -
SOLEDAD**

Período 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Efrain Enrique Cantillo Guerrero

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. No. 8734956

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: SOLEDAD

DIRECCIÓN: {"tipoVia":{"id":"338","sigla":"CARRERA","descripcion":"

TELÉFONO: 3113249899

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN 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	\$2.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
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	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	CUENTA DE AHORROS	0550029700044034	Soledad	2.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	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 IDENTIFICACIÓN

N°

Noraima Maria Guevara Guevara

C.C. C.E. T.I.

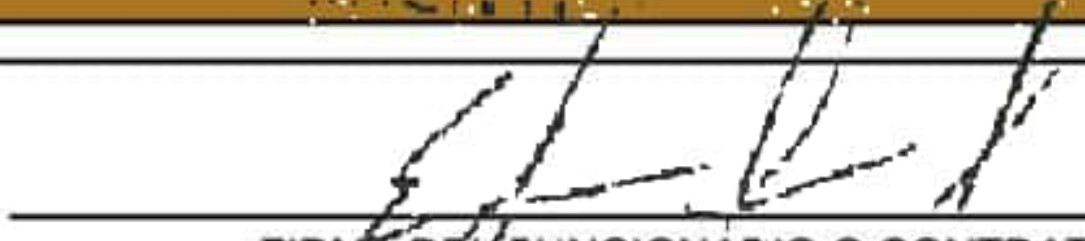
8734956

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

31-12-2023
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FOTO

FECHA	18/12/2023	EMPRESA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD		
TIPO DE EXAMEN:	NOMBRE		C.C	CIUDAD DE EXPEDICION	CARGO
INGRESO	EFRAIN CANTILLO GUERRERO		8.734.956	B/QUILLA	CONDUCTOR
A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES					
EXAMEN MEDICO	AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	OPTOMETRIA	VISIOMETRIA	LABORATORIOS
x	X			x	
PESO: 75 KG	TALLA: 1.72 CM		IMC:25.4		
PRUEBA PSICOTECNICA: NO	HIPERTENSION ARTERIAL.				
ANTECEDENTES PERSONALES					
CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO					
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	SI				
CONDUCTA					
MANEJO POR EPS / ARL			HABITOS Y ESTILOS DE VIDA		
CONTROL PERIODICO PP POR EPS	SI		DIETA	SI	
REMISION A EPS POR:	NO		EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM	SI	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI		DEJAR EL HABITO DE FUMAR	NO	
REMISION A ARP PARA MANEJO DEL CASO	NO		REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL	NO	
SEGUIMIENTO CASO ARP	NO				
OCUPACIONALES			INCLUIR SVE		
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI		VISUAL	CARDIOVASCULAR	AUDITIVO
HIGIENE POSTURAL	SI				
UTILIZACION DE EPP	SI		PSICOLABORAL	RESPIRATORIO	BIOLOGICO
UTILIZACION DE AYUDAS ERGONOMICAS	NO				
REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO		ERGONOMICO	QUIMICO	
			X		
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS					
PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, AUTOCAIDADOS, CONTINUAR SEGUIMIENTOS MEDICOS EN EPS.					
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO					

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA

Dayana Torres Solano
MÉDICO ESP. GERENCIA
EN SGSST
LIC. 4502 - UNIV. IBEROAMERICANA

MEDICO ESP. GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABJO
DAYANA TORRES SOLANO
R.LIC.M 4502

Correo: dayanpol0219@gmail.com



CERTIFICADO

**SOLEDAD,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

09/12/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EFRAIN ENRIQUE CANTILLO GUERRERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **8734956**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **029700044034**
Fecha de apertura **13/06/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

