



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Goette	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Montero	NOMBRES Karen Maria	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 44157619	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="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1984"/>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle21 #15-43		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		
MUNICIPIO SOLEDAD	TELÉFONO 3017018	EMAIL karenmariagoettemontero@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	2002	

**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

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												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	31	Mes	12
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUILIAR DE SERVICIOS GENERALES			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 5 8 38				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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> 3017018719			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	31	Mes	10
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> APOYO EN SERVICIOS GENERALES			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 5 8 38				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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> 3017018719			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	07	Año	2023	Día		Mes	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> APOYO EN SERVICIOS GENERALES			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 5 8 38				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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> 3017018719			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	07
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> APOYO EN SERVICIOS GENERALES			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 5 8 38				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	04	Año	2023	Día	30	Mes	06
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES III			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 5 8 38				

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES III			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<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>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> REQUIERE CORRECCION			<i>DEPENDENCIA</i> AREA URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES III			<i>DEPENDENCIA</i> HOSPITALIZACION URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA 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> 3017018719			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES III			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRACION HOSPITALARIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CLINICA SAN IGNACIO				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3852438			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2012	<i>Día</i>	22	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2019
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ASEO GENERAL			<i>DEPENDENCIA</i> URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 76 6B 36						

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	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>9</b>	<b>8</b>

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 01/01/2024 \_\_\_\_\_

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*

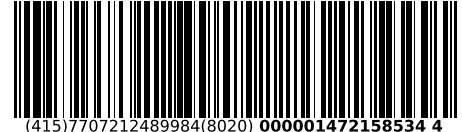
\_\_\_\_\_  
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14721585344



(415)7707212489984(8020) 000001472158534 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 4 4 1 5 7 6 1 9 | 6. DV 3 | 12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla | 14. Buzón electrónico 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | 26. Número de Identificación: 4 4 1 5 7 6 1 9 | 27. Fecha expedición: 2 0 0 2, 0 1, 2 8  
28. País: COLOMBIA | 29. Departamento: Atlántico | 30. Ciudad/Municipio: Soledad

31. Primer apellido: GOETTE | 32. Segundo apellido: MONTERO | 33. Primer nombre: KAREN | 34. Otros nombres: MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País: COLOMBIA | 39. Departamento: Atlántico | 40. Ciudad/Municipio: Soledad

41. Dirección principal: CL 21 15 43

42. Correo electrónico: tinbarranquilla@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 4 2 2 2 5 5 | 45. Teléfono 2: 3 0 1 7 0 1 8 7 1 9

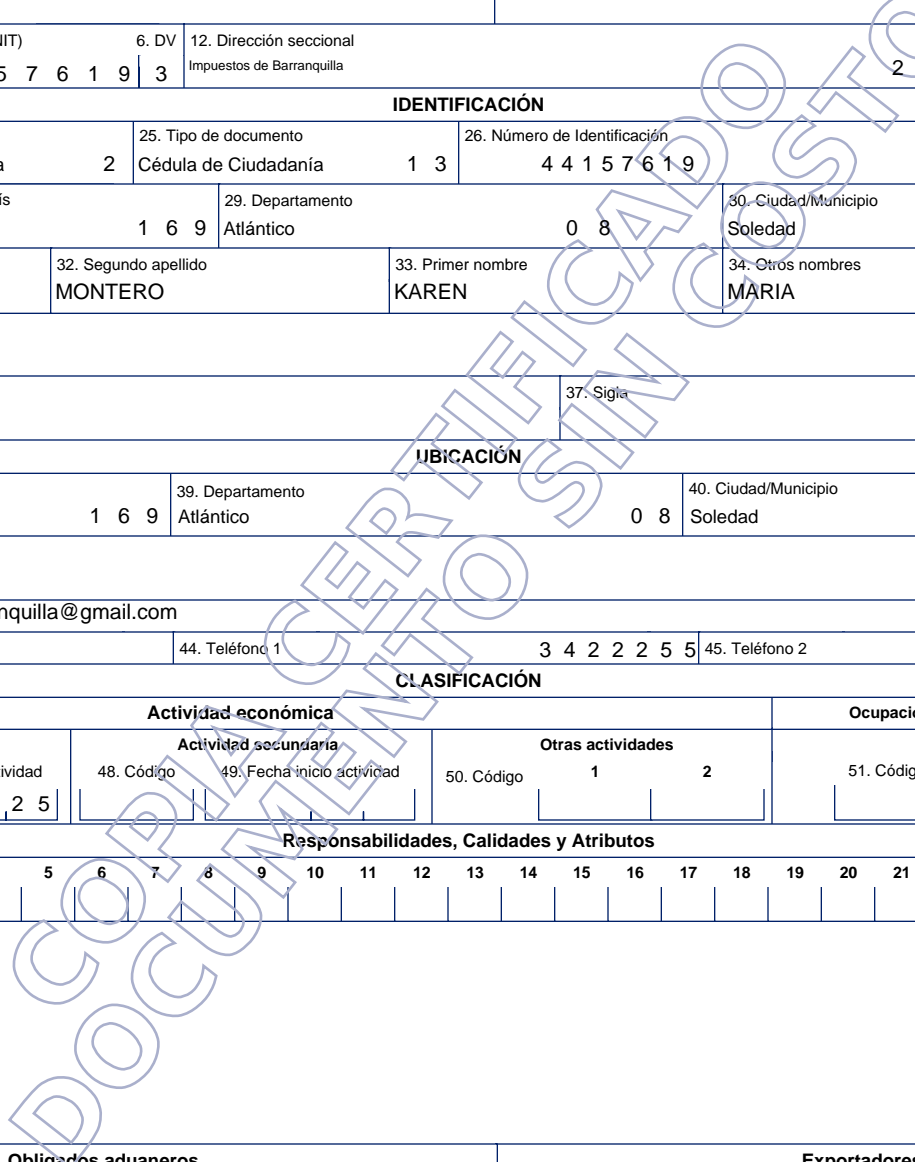
**CLASIFICACIÓN**

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		
9 7 0 0	2 0 1 5, 0 9, 2 5						

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código	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
4 9																										

49 - No responsable de IVA



Obligados aduaneros										Exportadores											
54. Código										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

59. Anexos SI  NO  | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2020 - 11 - 09 / 06 : 58: 39

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 GOETTE MONTERO KAREN MARIA  
985. Cargo CONTRIBUYENTE

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL CIUDEDELA  
METROPOLITANA -  
SOLEDAD

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, Karen Maria Goette Montero

IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E. T.I. No. 44157619

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: SOLEDAD

DIRECCIÓN: Calle21 #15-43

TELÉFONO: 3017018719 3017018

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FLOR JIMENEZ GOETTE	1043141682	HIJO(A)
AUDRI JIMENEZ GOETTE	1193544000	HIJO(A)

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 POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X 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
HONORARIOS	\$1.400.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$1.400.000

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
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	91215721243	SOLEDAD	1

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°

alcides vaca barreto

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

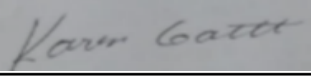
8789592

## 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

\_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO  
**SOLEDAD**  
(ATLANTICO)

**01-ENE-1984**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.66**

**AB+**

**F**

ESTATURA

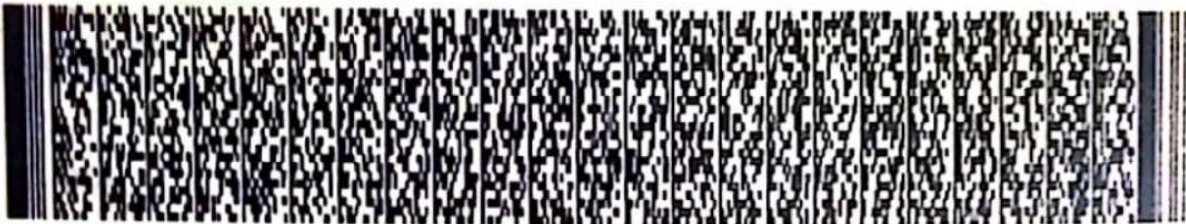
G.S. RH

SEXO

**28-ENE-2002 SOLEDAD**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0305200-22101881-F-0044157619-20020423

04177 02113A 01 127226606

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **44157619**

**GOETTE MONTERO**  
APELLIDOS

**KAREN MARIA**  
NOMBRES

*Karen Montero*

FIRMA





# Certificado Bancario

Sábado, 25 de Marzo 2023.

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que KAREN MARIA GOETTE MONTERO identificado(a) con CC 44.157. 619, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91215721243	2020/11/25	ACTIVO

\* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Juan Camilo Moreno Gómez  
Gerente Estrategia Canal Telefónico



**Bancolombia**



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 44157619 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 22/02/2025 10:46 AM



Código Verificación: **CX18W3JGE7**

Válida hasta: **23/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**