



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ariza		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Fontalvo		NOMBRES Martha Maria	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1047337864			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 DÍA 14 MES 09 AÑO 1988			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 6 4 36 FLORIDA		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SANTO TOMÁS		
MUNICIPIO SANTO TOMÁS			TELÉFONO 3046241	EMAIL marthaariza10@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°	11°	MES	12	AÑO	2005
										<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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	05	2021	

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

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 CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3046245323			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	01	Año		2023		Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA APOYO A SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06								
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								
			Día	01	Mes	03	Año		2021		Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	03	Año		2020		Día	28	Mes	02	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD MERCADATOS SA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	12	Mes	11	Año		2019		Día	29	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD ALL STAR COMUNICACIONES				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	02	Año		2019		Día	11	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR COMERCIAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección								

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CONSTRUYENDO AMBIENTE SANO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	06	Año	2017	Día	17	Mes	11	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CIRCULO DE VIAJES UNIVERSAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2017	Día	15	Mes	09	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA COMERCIAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO FUTBOL BARANOA ATLANTICO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARANOA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	19	Mes	04	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR CONTABLE Y ADMINISTRA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD BANCO DE OCCIDENTE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2008	Día	18	Mes	02	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR DE SOPORTE COMERCIAL			DEPENDENCIA					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					
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	4
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	14	9

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.337.864**

**ARIZA FONTALVO**  
APELLIDOS

**MARTHA MARIA**  
NOMBRES

*Martha M. Ariza F.*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-SEP-1988**  
**SANTO TOMAS**  
(ATLANTICO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** **O+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**03-OCT-2006 SANTO TOMAS**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS SALGADO YACHA



P-0304900-43161650-F-1047337864-20070728

01734 07209N 02 226354844



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA MARIA ARIZA FONTALVO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.047.337.864 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SANTO TOMAS

Dirección CALLE 6 N 4 - 36 Teléfonos 3046245323

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EFRAIN GONZALEZ GARIZABALO	1.047.334.634	ESPOSO
SEBASTIAN GONZALEZ ARIZA	1.046.708.309	HIJO
ESTEBAN GONZALEZ ARIZA	1.047.355.363	HIJO

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 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	1.500.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	\$ 1.500.000

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORRO	488408473723		\$ -

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°
EFRAIN GONZALEZ GARIZABALO	C.C. X C.E. T.I.	1.047.334.634

**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. FIRMA**

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD, 02 ENERO 2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SEDE: CRA 47 NO.69-83 BOSTON

FECHA DE INGRESO: 30/11/2022

FECHA SALIDA: 30/11/2022

#### TIPO DE EVALUACION

INGRESO

EGRESO

PERIODICO

#### DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo: MARTHA ARIZA FONTALVO

Identificación: 1047337864

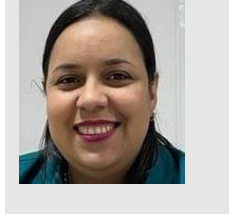
Sexo: F

Fecha de nacimiento: 14/09/ 1988

Edad: 34

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo y/u Oficio: DIGITADORA



### EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O Ingreso con énfasis osteomuscular.

### EXAMENES REALIZADOS

AGUDEZA VISUAL, AUDIOMETRIA, GLICEMIA, EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR.

#### Recomendaciones laborales

Usar EPP

Cumplir con los protocolos de bioseguridad

Higiene Postural

Pausas Activas

Usar mascarilla

#### Manejo por EPS/ARL:

#### Hábitos y estilos de vida

#### incluir PVE

Hacemos constar que hemos realizado examen medico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y en general los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Estará disponible para fines legales pertinentes.

#### CONCEPTO DE APTITUD:

APTO

APTO CON RECOMENDACIONES

APTO CON RESTRICCIONES

NO APTO

#### OBSERVACION:

Se valora signos clínicos y epidemiológicos para Covid -19, En el momento de la consulta no se evidencia signos y Síntomas compatibles con el nuevo Covid-19.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera.

Dr. Miguel Esquivia S.  
Médico Especialista en Seguridad y Salud  
C.E. de Trabajo S.C. 2011

**MIGUEL ESQUIVIA SANJUAN**

FIRMA DEL TRABAJADOR

Médico Especialista Salud Ocupacional

Lic.de S.O. # 262012

Firma y Sello del Médico



## CERTIFICADO

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

**24/02/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARTHA MARIA ARIZA FONTALVO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047337864**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **488408473723**  
Fecha de apertura **23/08/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA