

REPUBLICA DE
COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.787.314

HERRERA BENAVIDES

APELLIDOS

MILENA SOFIA

NOMBRES

Milena Herrera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-FEB-1975**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

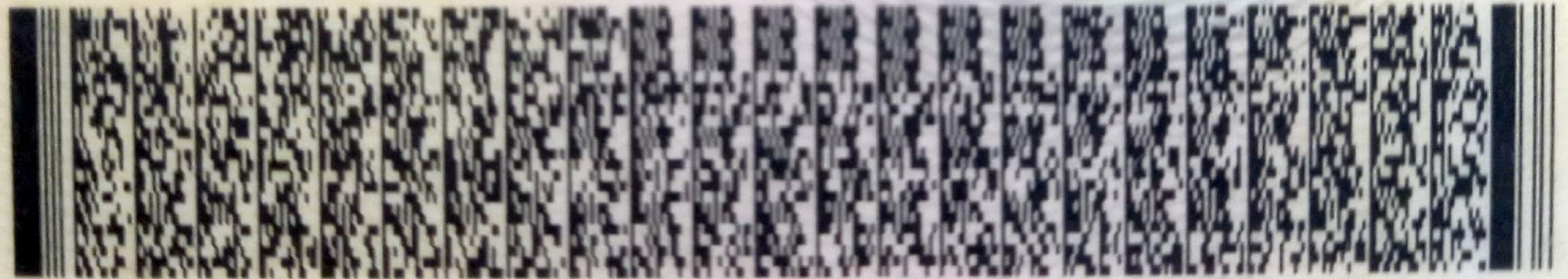
B+
G.S. RH

F
SEXO

20-JUN-1994 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0300100-00145673-F-0032787314-20090106

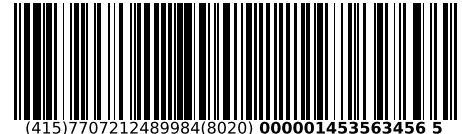
0009327057A 1

3290018568

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14535634565



(415)7707212489984(8020) 000001453563456 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 2 7 8 7 3 1 4 6. DV 1 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 1 3 26. Número de Identificación 3 2 7 8 7 3 1 4 27. Fecha expedición 1 9 9 4, 0 6, 2 0
28. País COLOMBIA 29. Departamento Atlántico 0 8 30. Ciudad/Municipio Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido HERRERA 32. Segundo apellido BENAVIDES 33. Primer nombre MILENA 34. Otros nombres SOFIA

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 41 27 18 BRR COSTA HERMOSA

42. Correo electrónico mileh1975@hotmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 2 1 8 4 6 7 9 5 45. Teléfono 2 3 2 1 7 1 7 1 5 1 6

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	2			
7 4 9 0	2 0 1 7, 0 2, 2 3						3 4 1 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 2019 - 05 - 24

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

**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, **MILENA SOFIA HERRERA BENAVIDES**
 IDENTIFICADO CON: CC X C.E. T.I. N° **32.787.314** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 País **COLOMBIA** Departamento **ATLANTICO** Municipio **SOLEDA**
 Dirección **CARRERA 41 No 27 - 18 Costa Hermosa** Teléfonos **3122061127**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA VIDES MIRANDA	22.428.375	MADRE
FAIBER MEZA HERRERA	1.001.871.899	HUJO
IBETH MEZA HERRERA	1.001.883.813	HUJA

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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

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	29700045304	SOLEDA	

c) Ms 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 NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:


NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Soledad 2023 CIUDAD Y FECHA
--	--------------------------------

DAFP-DAP



**Gobernación
del Atlántico**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ATLÁNTICO
INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL**

MILENA SOFIA HERRERA BENAVIDES

CC32.787.314

AUXILIAR DE ENFERMERIA




INSTITUTO TECNICO DE ADMINISTRACION Y SALUD "INCATEC"

REGISTRO: 080589

FECHA REG: 12/03/2005



EXP. 23/05/2012

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S. CRA 58 No. 70 – 129 CENTRO MEDICO CHICAGO CONSULTORIO 105 TEL: 3356776 - 3005425060	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL		FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				
	PRO		27	06	2023		BARRANQUILLA
	Fecha 01 junio 2018		TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				
	Versión 3		PRE-INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> PERIODICO <input type="checkbox"/> RETIRO <input type="checkbox"/> POST-INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
E.S.E. MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD			CONTRATISTA				
NOMBRE DE LA EMPRESA			CARGO				
DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)							
HERRERA	BENAVIDES	MILENA SOFIA	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			
			48	CC	32.787.314		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	AÑOS	TIPO	NUMERO		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURA: N/A							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL ESPACIO CONFINADO: N/A							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO: N/A							
RESTRICCIONES: NINGUNA							
RECOMENDACIONES: EJERCICIO REGULAR Y CONTROL DE PESO CORPORAL.							
Evitar estas condiciones o funciones			Agentes o factores de riesgo		T	P	
Levantamiento y transporte manual de carga <input type="checkbox"/>	Posturas forzadas <input type="checkbox"/>	Ergonómico <input type="checkbox"/>	Físico <input type="checkbox"/>				
Empuje de carga <input type="checkbox"/>	Subir o bajar escaleras más del 50% de la <input type="checkbox"/>	Mecánico <input type="checkbox"/>	Psicolaboral <input type="checkbox"/>				
Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/>	jornada <input type="checkbox"/>	Eléctrico <input type="checkbox"/>	Orden público <input type="checkbox"/>				
Exposición a vibración <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Químico <input type="checkbox"/>	Biológico <input type="checkbox"/>				
Otra Condición (escribir letra imprenta clara):							
Valorar por su EPS: Otorrinolaringología <input type="checkbox"/>		Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:			Específicas:		
Neurocirugía <input type="checkbox"/>	Ortopedia <input type="checkbox"/>	SVE Osteomuscular <input type="checkbox"/>	SVE Conservación auditiva <input type="checkbox"/>	SVE Conservación visual <input type="checkbox"/>	Actividad física diaria <input checked="" type="checkbox"/>		
Oftalmología <input type="checkbox"/>	Optometría <input type="checkbox"/>	SVE Prevención riesgo cardiovascular <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Dieta Balanceada <input checked="" type="checkbox"/>		
Cirugía <input type="checkbox"/>	Nutricionista <input type="checkbox"/>	arterial <input type="checkbox"/>	Dislipidemia <input type="checkbox"/>	Sobrepeso y Obesidad <input type="checkbox"/>	Estilo vida Saludable <input checked="" type="checkbox"/>		
Medicina interna <input type="checkbox"/>	Dermatología <input type="checkbox"/>	SVE Conservación Respiratoria <input type="checkbox"/>			Pausas Activas <input type="checkbox"/>		
Neumología <input type="checkbox"/>					Uso EPP <input type="checkbox"/>		
Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR							
Laboratorios Realizados: N/A							
Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI __NO_X_ Enfermedad profesional SI __NO_X_ Enfermedad común agravada por el trabajo SI __NO_X_ Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).							
<p>Hacemos constar que hemos realizado examen médico 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 paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.</p>							
 Cyndy J. Contreras Pino Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Resolución: 4683 R.M 70274-13			 FIRMA DEL TRABAJADOR				
FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO. RM. 700274-13 Lic. SS.OO.: 4683							



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

08/11/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MILENA SOFIA HERRERA BENAVIDES** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **32787314**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550029700045304
Saldo a la fecha	1,080.70 Pesos
Fecha de apertura	13/06/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**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 32787314 **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 19/02/2025 03:58 PM



Código Verificación: **6DU8KAZ2EP**

Válida hasta: **20/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	BARRANQUILLA	CALLE 77 B NO. 57 - 141 LOCAL 103	BARRANQUILLA
TOMADOR HERRERA BENAVIDES MILENA SOFIA		NIT / CC 32787314	DIRECCIÓN KR 41 # 27 - 18	CIUDAD BARRANQUILLA	TELEFONO 3000000
ASEGURADO HERRERA BENAVIDES MILENA SOFIA		NIT / CC 32787314	DIRECCIÓN KR 41 # 27 - 18	CIUDAD BARRANQUILLA	TELEFONO 3000000
ASEGURADO N.D.		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
METROPOLITANA SOLUCIONES EN SEGUROS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	12031	3003932708	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
5	7	2024	00:00	5	7	2024	365	INICIACIÓN	00:00	5	7	2024	365
			00:00	5	7	2025		TERMINACIÓN	00:00	5	7	2025	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 ESPECIALIDAD:
 DIRECCION DEL RIESGO:
 DEPARTAMENTO: ATLANTICO
 CIUDAD: BARRANQUILLA



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	\$50.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$10.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$50.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$50.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro



Contacta con nosotros:

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
3077024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624
Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co





FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Herrera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Benavides		NOMBRES Milena Sofia	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32787314			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 11 MES 02 AÑO 1975			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 41 27 18 CASA COSTA HERMOSA		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 4041961	EMAIL mileh1975@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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	05	AÑO	1994
										<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).

ESPECIFIQUE 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
INGLÉS		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 VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA 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> 6053759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 37B 25 41						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA 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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA 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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR ENFEREMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> AUXILIAR ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA 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>	08	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR ENFEREMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> AUXILIAR ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA 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> 6033930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	04	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6						

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 CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
			Día		06	Mes		01	Año	2021		Día		17	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVOS					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
			Día		17	Mes		01	Año	2016		Día			Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION HOSPITALARIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa							

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	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	11

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

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 INCOPATIBILIDAD 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 SOLEDAD, 9 DE ENERO DEL 2024



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