



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Guzman		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cantillo		NOMBRES Janeth Del Carmen	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32703101		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <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 07 MES 05 AÑO 1966			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 11B 53A 51 CASA ciudadela metropolitana		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO		
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 3829384		EMAIL jguzmanfi0705@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	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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)      TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

**IDIOMAS**

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

5

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

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	02	Mes	01	Año	2025	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA FACTURADOR 1					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
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	02	Mes	12	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
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	11	Año	2024	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN 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 CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
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	02	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 soledad						
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	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 soledad						
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	02	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 soledad						
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	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 soledad						

**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 CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 soledad						
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	02	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA FACTURADOR 1					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 soledad						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	09	Mes	11	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	09	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 43 43A 11						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	08	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 37N °44 41						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				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		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		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	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	01	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	11	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	08	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE FLORESTA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	31	Mes	05	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			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 HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL 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	31	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2020	Día	28	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

**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 DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> BOGOTÁ. D.C.			<i>MUNICIPIO</i> BOGOTÁ. D.C.					<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>	02	<i>Año</i>	2019	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> BOGOTÁ. D.C.			<i>MUNICIPIO</i> BOGOTÁ. D.C.					<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>	2019	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE 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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2018	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA				<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>	11	<i>Año</i>	2017	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA				<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>	11	<i>Año</i>	2010	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 44 06						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2009	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	18	Mes	01	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FACTURACION					DIRECCIÓN CARRERA 14A 67 11						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3017362982			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	18	Mes	01	Año	2008	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FACTURACION					DIRECCIÓN CARRERA 14A 68 21 VILLA ESTADIO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	18	Mes	01	Año	2008	Día	31	Mes	08	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 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 DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	11	Año	2007	Día	31	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06					

6

**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					

7

**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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	17	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0





FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1966**  
**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.63** **A+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
**15-NOV-1984 BARRANQUILLA**

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0300100-00052463-F-0032703101-20080819 0002342991A 1 3350003829

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

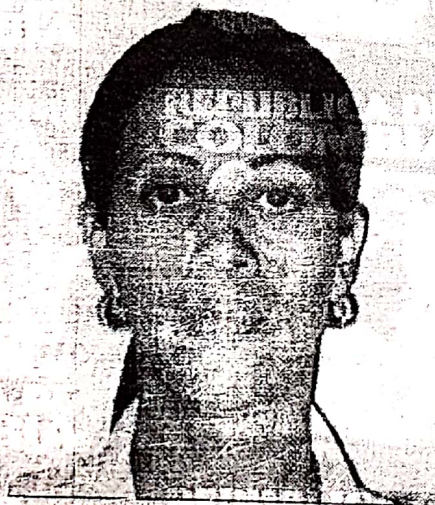
NUMERO **32.703.101**  
**GUZMAN CANTILLO**

APELLIDOS  
**JANETH DEL CARMEN**

NOMBRES

*Janeth Guzman C*

FIRMA







FUNCIÓN PÚBLICA

**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, JANETH GUZMAN CANTILLO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 32,703,101 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SOLEDAD

Dirección CARRERA 11 B # 53 A -51 Teléfonos 3017362982

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 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	21,600,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	21,600,000

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	DE
BANCO DAVIVIENDA	AHORRO	29700045015	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** **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 acasual o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**


*Janeth Guzman E.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD 18/02/2025

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

		<b>CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL</b>			FOTO	
FECHA	28/11/2022	EMPRESA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD			
TIPO DE EXAMEN:	NOMBRE		C. C	CIUDAD	CARGO	
INGRESO	JANETH GUZMAN CASTILLO		32.703.101	SOLEDAD	AUX. ADMINISTRATIVO DE FACTURACION	
<b>A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES</b>						
EXAMEN MEDICO	AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	OPTOMETRIA	VISIOMETRIA	LABORATORIOS	
x	X			x		
PESO: 72 KG	TALLA: 1.64 CM		IMC: 26.8			
PRUEBA PSICOTECNICA: NO	HIPERTENSION ARTERIAL					
ANTECEDENTES PERSONALES						
<b>CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO</b>						
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO:	SI					
<b>CONDUCTA</b>						
<b>MANEJO POR EPS / ARL</b>			<b>HABITOS Y ESTILOS DE VIDA</b>			
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	N O		
REMISION A ARP PARA MANEJO DEL CASO	NO		REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL	N O		
SEGUIMIENTO CASO ARP	NO					
<b>OCUPACIONALES</b>			<b>INCLUIR SVE</b>			
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			
<b>RECOMENDACIONES ESPECIFICAS</b>						
PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, AUTOCUIDADOS. SE RECOMIENDA CONTINUAR SEGUIMIENTO POR EPS.						
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO						
NOMBRE DEL MEDICO DAYANA TORRES SOLANO FIRMA  MEDICO ESP. GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO R.LIC.M 4502			FIRMA DEL TRABAJADOR			
Correo: dayanpol0219@gmail.com						



## CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**22/03/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JANETH DEL CARMEN GUZMAN CANTILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **32703101**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **029700045015**  
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 32703101 **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 18/02/2025 07:03 PM



Código Verificación: **3U4X9A27VM**

Válida hasta: **20/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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