



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> Movilla	<b>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</b> Florez	<b>NOMBRES</b> Rafael Alonso	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 8770590	<b>SEXO</b> F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>	<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	<b>PAÍS</b> COLOMBIA
<b>LIBRETA MILITAR</b> PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	<b>NÚMERO</b>	<b>D.M.</b>	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b> FECHA DÍA 28 MES 09 AÑO 1969 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO SOLEDAD	<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b> CALLE 29N 24 118 casa FERROCARRIL PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO SOLEDAD TELÉFONO 3759400 EMAIL rafael_movilla@hotmail.com		

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b> 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 )														
<b>EDUCACIÓN BÁSICA</b>											<b>TÍTULO OBTENIDO</b>		<b>BASICA SECUNDARIA</b>	
<b>PRIMARIA</b>					<b>SECUNDARIA</b>				<b>MEDIA</b>		<b>FECHA DE GRADO</b>			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1988

<b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b> DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: <b>TC</b> (TÉCNICA) <b>TL</b> (TECNOLÓGICA) <b>TE</b> (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) <b>UN</b> (UNIVERSITARIA) <b>ES</b> (ESPECIALIZACIÓN) <b>MG</b> (MAESTRÍA O MAGISTER) <b>DOC</b> (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: <b>INF</b> (EDUCACIÓN INFORMAL) <b>TR_DES</b> (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO) EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
--	--

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
	HUMANO						

**4**

**IDIOMAS**

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

**5**

**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 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	2025	Día		Mes		Año	
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	01	Año	2025	Día	31	Mes	01	Año	2025
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	12	Año	2024	Día	31	Mes	12	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 VIGENTE												
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	12	Año	2023	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 39 FACTURADOR			DEPENDENCIA ARE DE FACTURACION					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 SOLEDAD				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
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	2023	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO FACXTURACION			DEPENDENCIA ADMINISTRACION SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 SOLEDAD				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
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	2023	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO FACXTURACION			DEPENDENCIA ADMINISTRACION SALUD					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	03	Mes	04	Año	2023	Día	30	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR			DEPENDENCIA AREA DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 04 MANUELA BERLTRAN				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
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	03	Año	2023	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR			DEPENDENCIA AREA DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 04				

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	02	Mes	01	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR			DEPENDENCIA ARE DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 04						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
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	20	Mes	12	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR			DEPENDENCIA ARE DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 04						
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 3930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	29	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ARE DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 08						
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 3930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	10	Año	2022	Día	31	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ARE DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 04						
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	09	Año	2022	Día	30	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ARE DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 08						

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> 3930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ARE DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06						
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> 3930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ARE DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 MANUELA BELTRAN						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 MANUELA BELTRAN						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 MANUELA BELTRAN						

**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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 MANUELA BELTRAN						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 MANUELA BELTRAN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD.				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO						
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<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>	12	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD.				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO						
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO						
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<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>	10	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> 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 DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA 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	09	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021
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	07	Año	2021	Día	30	Mes	07	Año	2021
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	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FACTURACION					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 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 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	03	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
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	02	Año	2021	Día	28	Mes	02	Año	2021
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	04	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	01	Año	2021
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 3014656954			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 29N 24 118						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE 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	10	Año	2020	Día	31	Mes	10	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														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO						
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<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>	09	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL 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>	09	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i>			<i>MUNICIPIO</i>					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	04	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> COORDINADOR DE FACTURACION					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA43 CON 40 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO						
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<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>	04	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MATERNO INFANTIL MANUELA BELTRAN				<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>	04	<i>Año</i>	2019	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2019
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> 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 MATERNO INFANTIL MANUELA BELTRAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	01	Año	2019	Día	15	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL MANUELA BELTRAN				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	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL MANUELA BELTRAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2018	Día	30	Mes	11	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL MANUELA BELTRAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	07	Año	2018	Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 40N 01 04						
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 3930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	07	Año	2002	Día	31	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXIAR DE FACTURACION					DIRECCIÓN CALLE 40 10 04						



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

9

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

8.770.590

NUMERO

MOVILLA FLOREZ

APELLIDOS

RAFAEL ALONSO

NOMBRES



*Rafael Alonso*  
1969



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1969

USIACURI  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

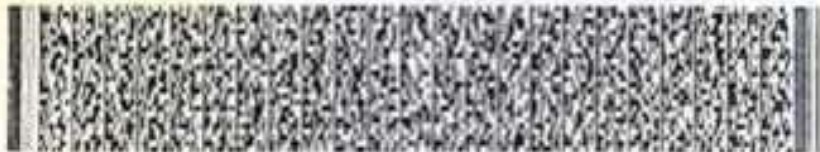
M

SEXO

26-OCT-1988 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alba Luz*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALBA LUZ BENDIGO LOPEZ



A-0305200-22134709-M-0008770590-20050412

0108305101A 02 167378001

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio  
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14566916481



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):  
8 7 7 0 5 9 0 - 6

6. DV 6  
12. Dirección seccional  
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico  
2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	26. Número de identificación: 8 7 7 0 5 9 0	27. Fecha expedición: 1 9 8 8 1 0 2
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País: 1 6 9	29. Departamento: Atlántico	30. Ciudad/Municipio: Soledad
31. Primer apellido MOVILLA	32. Segundo apellido FLOREZ	33. Primer nombre RAFAEL	34. Otros nombres ALONSO
35. Razón social		37. Sigla	

UBICACION

38. País: COLOMBIA	39. Departamento: Atlántico	40. Ciudad/Municipio: Soledad
41. Dirección principal CL 29 24 118	43. Código postal	44. Teléfono 1: 3 7 4 7 3 2 7
42. Correo electrónico: rafael_movilla@hotmail.com	45. Teléfono 2: 3 0 1 4 6 5 6 9 5	

CLASIFICACION

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código: 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 7 0 2 2 3	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2	51. Código:	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9	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
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO

DOCUMENTO FISCADO</

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, RAFAEL MOVILLA FLOREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 8.770.590 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SOLEDAD

Dirección CALLE 29 # 24-118 Teléfonos 3014656954

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
YULIETH SUAREZ		ESPOSA

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>	<b>21,600,000</b>

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
DAVIVIENDA	AHORROS		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

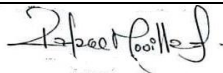
c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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**


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD 19/02/2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ  
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
RESOLUCIÓN 2538/2014  
E-MAIL: rdelacruzmenendez1@gmail.com  
Barranquilla - Atlántico  
Dirección: Calle 41 # 22 - 71. Celular:3006760217

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD  
INGRESO

DATOS DEL PACIENTE:

**Nombres y apellidos:** RAFAEL ALONSO MOVILLA FLOREZ      **Id:** CC 8770590  
**Fecha de nacimiento:** 1969-09-28      **Edad:** 53 años      **Genero:** M  
**Dirección:** Calle 29 #24-118 - Soledad      **Telefono:** 3014656954  
**Estatura (cms):** 168      **Peso (kgs):** 85      **Imc:** 30.1 - OBESIDAD  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Dirección:** CALLE 29 #24-118  
**Cargo:** CONTRATISTA      **Fecha de realización:** 22-12-2022



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

CONCEPTO:

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Control anual por optometría-,Dieta baja en grasa y carbohidratos-,Ejercicio físico moderado-,Estilos de vida saludables-,Fomento del autocuidado-,Pausas activas-,Posiciones ergonómicas-,Uso de epp de acuerdo al cargo

OBSERVACIONES

Paciente sano,no presenta alteracion fisica o funcional aparente que impida desempeñar el cargo asignado, asintomatico al examen,osteomuscularmente conservado,

RESTRICCIONES LABORALES

No restricciones laborales a la fecha

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	X	Psicosocial	Respiratorio	Visual	X	Otros
----------	----------------	------------	------------	---	-------------	--------------	--------	---	-------

REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X
----------	----	----	---	--------------	----	----	---	--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.

**Dr Ramón De La Cruz Mendez**  
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo.  
Registro médico 01-564 minsalud.  
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico

**Trabajador:** RAFAEL ALONSO MOVILLA FLOREZ  
CC 8770590

**Dirección:** Calle 41 #22 - 71

**Teléfono:** 3006760217

**E-mail:** rdelacruzmenendez1@gmail.com



## CERTIFICADO

BOGOTÁ,  
D.C.,  
COLOMBIA,

03/12/2020

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **RAFAEL ALONSO MOVILLA FLOREZ** con cédula de ciudadanía número **8770590**,

posee en el Banco Davivienda:

### CUENTA DE AHORROS

Número	029700044216
Saldo a la fecha	0.02 Pesos
Fecha Apertura	2017/06/13

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 8770590 **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 02:04 PM



Código Verificación: **8CFZHAWMU1**

Válida hasta: **20/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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