



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 Muñoz		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Morales			NOMBRES Maria Guadalupe	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1047341586			GENERO 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 <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1991"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 2A 935 null			
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SANTO TOMÁS			
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 8790077		EMAIL mary_lupe20@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	2007
										<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	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	12	2017	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	06	2015	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

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											
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA			
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SANTO TOMÁS					<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>	2025	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA			
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SANTO TOMÁS					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>			
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>		
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0607 2014 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6			
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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>	06	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>		<i>Mes</i>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ODONTOLOGA CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA GENERAL					<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 VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ODONTOLOGA CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA GENERAL					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<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> 20170591 - ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGA GENERAL Y ESTETICA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 28B B NORTE 44H 1 CIUADELA METROPOLITANA						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL EN ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
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>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> 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 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	01	Año	2020	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN Sin dirección				
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	01	Año	2018	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 60				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD CIUADELA METROPOLITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	02	Año	2017	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN Sin dirección				

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:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

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

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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

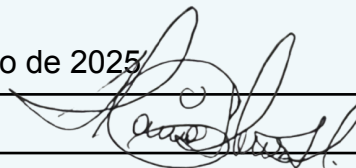
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ~~X~~ 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

Soledad, 5 de marzo de 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

NUMERO **1.047.341.586**

MUÑOZ MORALES
APELLIDOS

MARIA GUADALUPE
NOMBRES

Carlos Ariel Sánchez Torres
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1991**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-OCT-2009 SANTO TOMAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

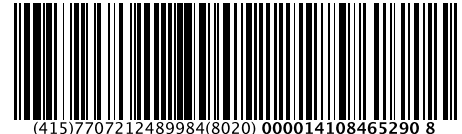


P-0304900-00198381-F-1047341586-20091120 0018131540A 1 29843370

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141084652908



(415)7707212489984(8020) 000014108465290 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 7 3 4 1 5 8 6

6. DV

9

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

1 0 4 7 3 4 1 5 8 6

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Santo Tomás

6 8 5

31. Primer apellido

MUÑOZ

32. Segundo apellido

MORALES

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

GUADALUPE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Santo Tomás

6 8 5

41. Dirección principal

CL 2 A 9 35 BRR LA FELICIDAD

42. Correo electrónico

mary_lupe20@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 5 4 7 4 0 3 5 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 5 1 9

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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
53. Código	5	2	0																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

2024 - 08 - 01 / 02 : 52: 02

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

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, MARIA GUADALUPE MUÑOZ MORALES

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

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SANTO TOMAS

Dirección CALLE 2A N. 9 35 Teléfonos 3054740359

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DARIO RAFAEL MUÑOZ MUÑOZ	3.764.129	PADRE
DARIO JOSE MALDONADO MUÑOZ	1.043.486.750	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 X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	26.400.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	1.800.000
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	24.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 52.200.000

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	AHORROS	297000047185	BARRANQUILLA	\$ 400.000
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	392693909	BARRANQUILLA	\$ 42.000

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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA




FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soledad, 5 de marzo de 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



 Menú

[Iniciar Sesión](#) [Registrarse](#)

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

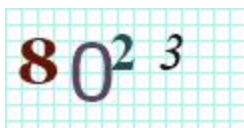
Número de Identificación *

1047341586

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7267

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-06-11→9:16:45 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1047341586	MARIA	GUADALUPE	MUÑOZ	MORALES	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **MARIA GUADALUPE MUÑOZ MORALES** identificado(a) con CC 1047341586 registra La siguiente información:

2024-06-11→9:16:45 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2016-02-16	371	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportada
Exonerado del SSO	No Aplica	NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Odontología	Secretaría de Salud Departame de Atlant

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Certificado individual de seguro No. RCMC00088488070
Póliza matriz N° 50051
Póliza de responsabilidad civil profesional médica

Información del tomador			
Seguro por cuenta tomado por: MEDICAL TALENTO HUMANO		NIT:	9006825438
Información del asegurado			
Titular asegurado:	MUÑOZ MORALES MARIA GUADALUPE	C.c.:	1047341586
Especialidad:	ODONTOLOGO A		
Periodicidad:	Mensual		

Vigencia			
Fecha inicio: 1 de mayo de 2024 Desde Las 00:00 Horas		Fecha fin: 30 de abril 2025 Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas	
El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.			
Delimitación territorial y jurisdicción: Colombia			
Cobertura básica			
Responsabilidad civil médica			
En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en este certificado individual de seguro y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.			
Requisitos de Asegurabilidad			
Para efectos de este seguro, el Asegurado ha declarado no tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias que den lugar a reclamaciones diferentes a las ya reportadas a Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura. El Asegurado ha declarado estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y tener su licencia vigente. El Asegurado ha declarado no estar involucrado en algún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.			
Beneficiarios:	Terceros afectados	Límite Asegurado:	200.000.000
Deducible	10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de 3.000.000 por todo y cada reclamo. <i>* No aplica deducible para gastos de defensa.</i>		
Retroactividad:	01/07/2021		

Extensiones de cobertura básica (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)	
Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
HEREDEROS LEGALES	100%
CÓNYUGES	100%
GASTOS LEGALES INCURRIDOS EN UNA INVESTIGACIÓN INICIADA CONTRA EL ASEGURADO	30%
GASTOS PENALES	30%
COBERTURA PARA CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS	100%
COBERTURA PARA EMPLEADOS NO PROFESIONALES	100%
COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO.	100%

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González.
 Dirección: Carrera 11A # 96-51, Oficina 203, Edificio Oficity. Teléfono: +57 (601) 6108161. Bogotá, Colombia. Email: defensoriachubb@ustarizabogados.com, sitio web: <http://www.ustarizabogados.com> ATENCIÓN AL CLIENTE - Chubb Seguros Colombia S.A. Líneas de atención al cliente en Bogotá (+57) 601 319 04 02 y a nivel nacional 01 8000 917 500; Correo electrónico: servicioalcliente.co@chubb.com y página web: <https://www.chubb.com/co-es/contactenos/solicitud-electronica-de-chubb-colombia.html>...



CERTIFICADO

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

17/01/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA GUADALUPE MUNOZ MORALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047341586**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550029700047185**
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 1047341586 **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 05/03/2025 06:50 PM



Código Verificación: **SQP5R9ATU3**

Válida hasta: **03/06/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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