

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO  
**52.618.443**

**ALONSO CARVAJAL**  
APELLIDOS

**NATALIA**  
NOMBRES

*Natalia Cjcd*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-JUL-1972**  
**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.70** **A+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**31-OCT-1999** **USAQUEN**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DE DERECHO

*Carvajal*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMAREFRIZ REMBIDO LOPEZ



A-150010147-141682-F-0092618443-20060207 04893066384 02 203131132

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

14668802748



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  
5 2 6 1 8 4 4 3

6. DV  2  
12. Dirección seccional  
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico  
2

**IDENTIFICACIÓN**

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía | 26. Número de Identificación<br>5 2 6 1 8 4 4 3 | 27. Fecha expedición<br>1 9 9 0, 1 0, 3 1 |
| Lugar de expedición<br>COLOMBIA                                  | 28. País<br>1 6 9                             | 29. Departamento<br>Bogotá D.C.                 | 30. Ciudad/Municipio<br>Bogotá, D.C.      |
| 31. Primer apellido<br>ALONSO                                    | 32. Segundo apellido<br>CARVAJAL              | 33. Primer nombre<br>NATALIA                    | 34. Otros nombres<br>0 0 1                |
| 35. Razón social   |   |   |   |
| 36. Nombre comercial   |   |   |   |

**UBICACIÓN**

|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| 38. País<br>COLOMBIA  | 39. Departamento<br>Atlántico                       | 40. Ciudad/Municipio<br>Barranquilla |
| 41. Dirección principal<br>CR 49 C 96 A 37 BRR VILLA SANTOS | 42. Correo electrónico<br>nataliaalonso722@yahoo.es | 43. Código postal                    |
| 44. Teléfono 1<br>3 0 0 2 3 7 5 9 9                         | 45. Teléfono 2                                      |                                      |

**CLASIFICACIÓN**

| Actividad económica   |   |                      |                            | Ocupación         |            | 52. Número establecimientos |
|-----------------------|---|----------------------|----------------------------|-------------------|------------|-----------------------------|
| Actividad principal   |   | Actividad secundaria |                            | Otras actividades |            |                             |
| 46. Código<br>7 0 2 0 | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 1 9, 1 0, 2 3 | 48. Código           | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código<br>1 2 | 51. Código |                             |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

|                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53. Código                 | 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 | 4 | 9 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

| Obligados aduaneros |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Exportadores |          |          |   |   |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|----------|----------|---|---|--|
| 54. Código          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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:  61. Fecha:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.  
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante:  
*Natalia Alonso*

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:  
984. Nombre JIMENEZ ROJAS JAIME DE JESUS  
985. Cargo Analista III

**FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES  
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 de 1995)**

|   |
|---|
| ENTIDAD RECEPTORA   |
| HOSPITAL MATERNO<br>INFANTIL CIUDEDELA<br>METROPOLITANA -<br>SOLEIDAD |

Período Declarado: 01/01/2023 - 31/12/2023

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, Natalia Alonso Carvajal

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52618443

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: BARRANQUILLA

DIRECCIÓN: - CARRERA 49C 96A 37

TELÉFONO: 3002375591 / 3190733

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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN 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        |
|-------------------------|--------------|
| HONORARIOS              | \$60.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | \$0          |
| TOTAL                   | \$60.000.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA    | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| DAVIVIENDA         | CUENTA DE AHORROS | 0550488410289901 | BARRANQUILLA      | 230.000            |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|                   |          |       |

**1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE: MARIANO BOTERO COY  
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. T.I. N° 79516908

**2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |

3. FIRMA

*Natasha Sd.*

ENERO 2024

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**

**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**

SEDE: CRA 47 NO.69-83 BOSTON

FECHA DE INGRESO: 01/12/2023

FECHA SALIDA: 31/12/2023

TIPO DE EVALUACION

INGRESO

EGRESO

PERIODICO

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo: NATALIA ALONSO CARVAJAL

Identificación: 52618443

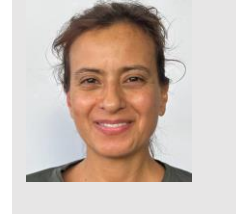
Sexo: F

Fecha de nacimiento: 22/07/1972

Edad: 51

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo y/u Oficio: ASESORA



**EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA**

E.M.O Ingreso con énfasis osteomuscular.

**EXAMENES REALIZADOS**

AGUDEZA VISUAL, AUDIOMETRIA, GLICEMIA, EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR.

**Recomendaciones laborales**

**Manejo por EPS/ARL:**

**Hábitos y estilos de vida**

**incluir PVE**

Usar EPP

Cumplir con los protocolos de bioseguridad

Higiene Postural

Pausas Activas

Usar mascarilla

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

**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO

APTO CON RECOMENDACIONES

APTO CON RESTRICCIONES

NO APTO

**OBSERVACION:**

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

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

Dr. Miguel Esquivia S.  
Médico Especialista en Seguridad y Salud  
En el Trabajo Lic. 2011

**MIGUEL ESQUIVIA SANJUAN**

FIRMA DEL TRABAJADOR

Médico Especialista Salud Ocupacional

Lic.de S.O. # 262012

Firma y Sello del Médico



## CERTIFICADO

BOGOTÁ, D.C.,  
BOGOTÁ, D.C.,  
COLOMBIA.

10/02/2021

Por medio de la presente hacemos constar que la señora NATALIA ALONSO CARVAJAL con Cédula de Ciudadanía número 52618443

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550488410289901

Fecha de apertura 17/10/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

|   |  |  |  |  |                                    |
|---|--|--|--|--|------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Alonso   |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Carvajal |  | NOMBRES<br>Natalia   |                                    |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52618443                |  |  | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |                                    |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/>  |  | SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>        |  | D.M.   |                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1972"/> |  |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>- CARRERA 49C 96A 37               |  |                                    |
| PAÍS<br>COLOMBIA  |  |  | PAÍS<br>COLOMBIA   |  | DEPTO<br>ATLÁNTICO                 |
| DEPTO<br>BOGOTÁ. D.C.   |  |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA  |  |                                    |
| MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.   |  |  | TELÉFONO<br>3190733  |  | EMAIL<br>nataliaalonso722@yahoo.es |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                                     | TÍTULO OBTENIDO | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------------------------------------|-----------------|-------------------|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA                               | FECHA DE GRADO  |                   |     |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°                                 | MES             | 12                | AÑO | 1990 |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |                   |     |      |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN)      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)      DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |  | MES         | AÑO  |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    |  | 12          | 1995 |                            |

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
|--|--|--|---|---------------------|------------|----------------|------------|--|------------------------|----|------------|----|------------|------|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                   |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>      |                        |    |            |    |            |      |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3930831  |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                       |                     |            |                |            |  | <i>FECHA DE RETIRO</i> |    |            |    |            |      |
|  |  |  | <i>Día</i>                                    | 20                  | <i>Mes</i> | 01             | <i>Año</i> | 2023                                   | <i>Día</i>             |    | <i>Mes</i> |    | <i>Año</i> |      |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>ASESOR   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>ADMINISTRATIVA -SALUD   |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>- CARRERA 40 33 06 |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR   |  |  |   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                   |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>      |                        |    |            |    |            |      |
| <i>TELÉFONOS</i><br>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> | 12 | <i>Año</i> | 2022 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>ASESOR   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>ADMINISTRACION EN SALUD |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>- CARRERA 40 33 06 |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR   |  |  |   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>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> | 2021                                   | <i>Día</i>             | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA  |  |  | <i>DEPENDENCIA</i>                            |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 40 33 06   |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR   |  |  |   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>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> | 11             | <i>Año</i> | 2021                                   | <i>Día</i>             | 30 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA  |  |  | <i>DEPENDENCIA</i>                            |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 40 33 06   |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR   |  |  |   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>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> | 10             | <i>Año</i> | 2021                                   | <i>Día</i>             | 31 | <i>Mes</i> | 10 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA  |  |  | <i>DEPENDENCIA</i>                            |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 40 33 06   |                        |    |            |    |            |      |

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><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |                                  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA              |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO  |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>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> | 2021                                 | <i>Día</i>             | 30 | <i>Mes</i> | 09 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i>               |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 40 33 06 |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                  |                     |            |                |            |                                      |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |                                  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA              |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>BOGOTÁ. D.C.   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>BOGOTÁ. D.C. |                     |            |                |            | <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> | 2020                                 | <i>Día</i>             | 31 | <i>Mes</i> | 08 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i>               |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 40 33 06 |                        |    |            |    |            |      |

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE     |  |  |                         |                |             |                |             |                           |                        |  |             |  |             |  |
|------------------------------|--|--|-------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|---------------------------|------------------------|--|-------------|--|-------------|--|
| <i>INSTITUCIÓN EDUCATIVA</i> |  |  |                         | <i>PÚBLICA</i> |             | <i>PRIVADA</i> |             | <i>PAÍS</i>               |                        |  |             |  |             |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i>          |  |  | <i>MUNICIPIO</i>        |                |             |                |             | <i>CORREO ELECTRÓNICO</i> |                        |  |             |  |             |  |
| <i>TELÉFONOS</i>             |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i> |                |             |                |             |                           | <i>FECHA DE RETIRO</i> |  |             |  |             |  |
|                              |  |  | <i>Día:</i>             |                | <i>Mes:</i> |                | <i>Año:</i> |                           | <i>Día:</i>            |  | <i>Mes:</i> |  | <i>Año:</i> |  |
| <i>AREA DE CONOCIMIENTO</i>  |  |  | <i>NIVEL EDUCATIVO</i>  |                |             |                |             | <i>DIRECCIÓN</i>          |                        |  |             |  |             |  |

5

**TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN                       | TIEMPO DE EXPERIENCIA |           |
|---------------------------------|-----------------------|-----------|
|                                 | AÑOS                  | MESES     |
| SERVIDOR PÚBLICO                | 0                     | 0         |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 0                     | 0         |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 1                     | 11        |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>1</b>              | <b>11</b> |

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

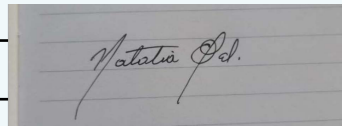
6

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI    NO    ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

**OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

\_\_\_\_\_  
*Ciudad y fecha*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS