



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ortiz		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Serrano		NOMBRES Sonia Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1083462870		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 DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1989"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 45 68 30 Barrio Boston			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO MAGDALENA		MUNICIPIO BARRANQUILLA			
MUNICIPIO CIÉNAGA		TELÉFONO 3112355113		EMAIL paosony@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 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	6	X		TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL	08	2013	

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)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			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:
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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

8

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

Barranquilla - Atlantico, 06 de febrero de 2025

Sonia Ortiz Serrano

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Empty rounded rectangular box for observations.

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

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
ORTIZ SERRANO

NUIP 1.083.462.870

Nombres
SONIA PAOLA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 ENE 1989

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CIENAGA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
24 ENE 2007, CIENAGA

Firma

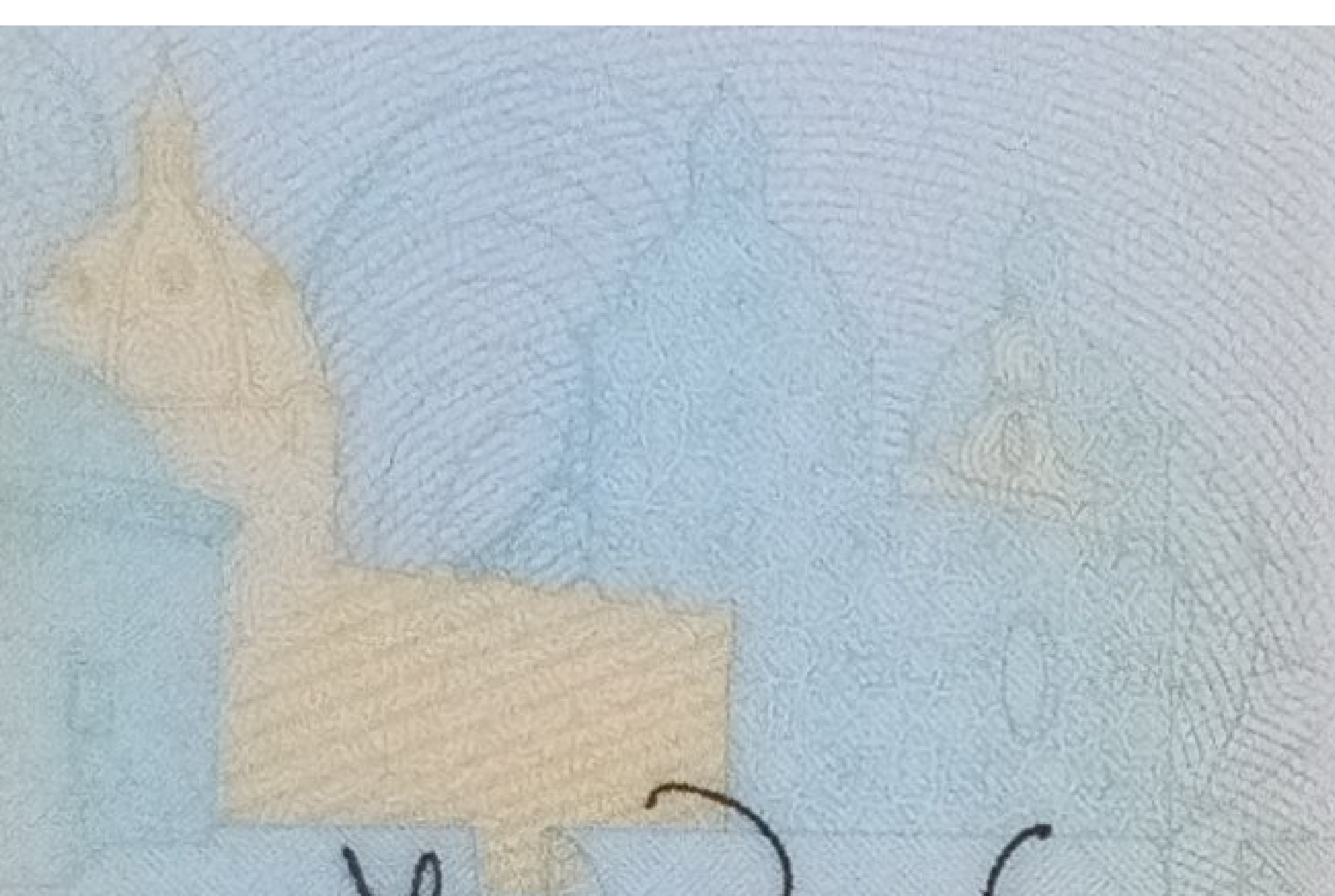
Sonia Ortiz S.

Fecha de expiración
10 JUL 2034

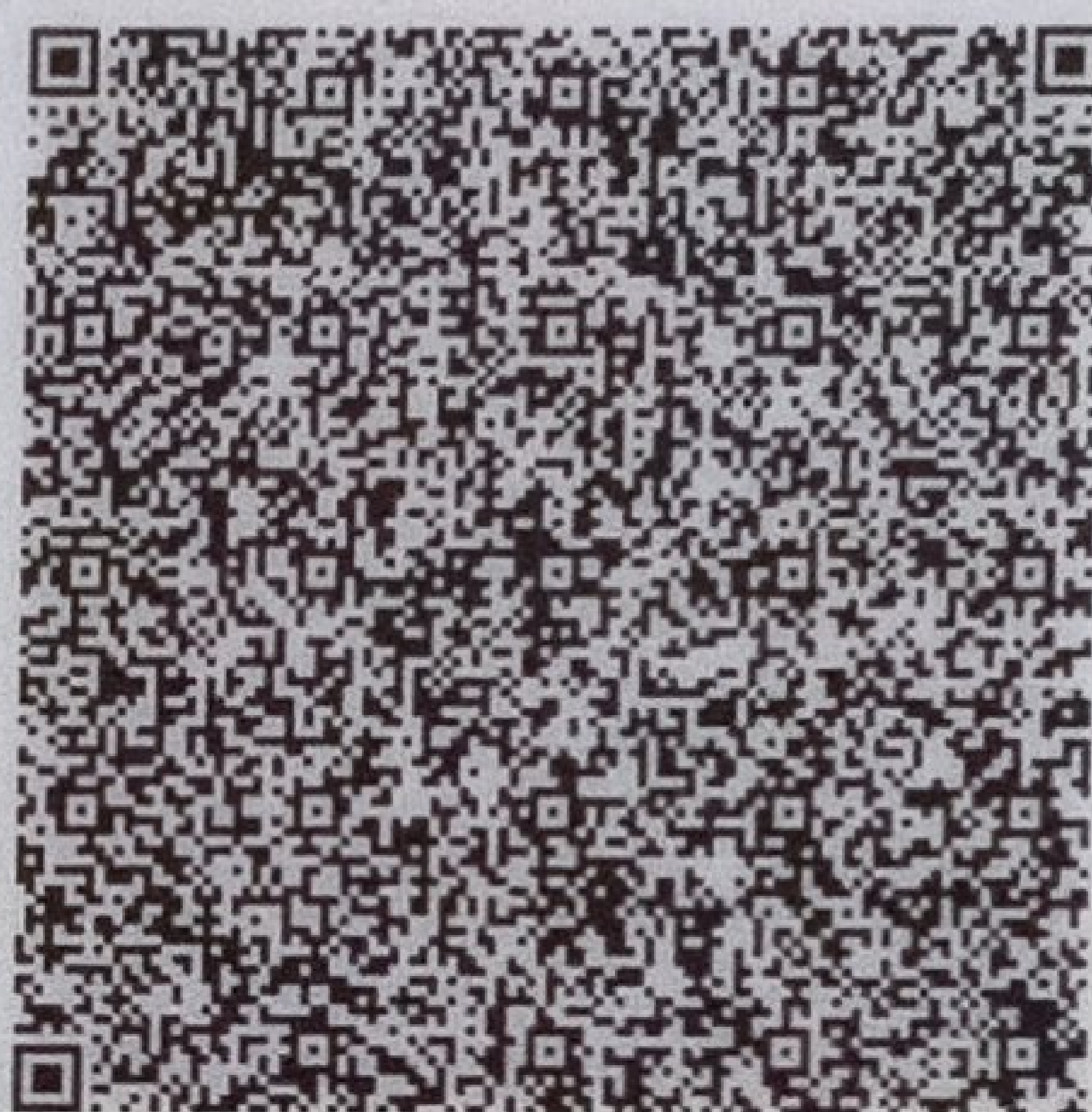




049946992



Hernán Penagos Giraldo
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL049946992421016<<<<<<<<<<<
8901011F3407105COL1083462870<3
ORTIZ<SERRANO<<SONIA<PAOLA<<<<

2. Concepto Inscripción

4. Número de formulario

141160882891



(415)7707212489984(8020) 000014116088289 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 3 4 6 2 8 7 0

6. DV

6

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

26. Número de Identificación

1 0 8 3 4 6 2 8 7 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Ciénaga

1 8 9

31. Primer apellido

ORTIZ

32. Segundo apellido

SERRANO

33. Primer nombre

SONIA

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CR 45 68 30 AP 1 BRR BOSTON

42. Correo electrónico

paosony@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 2 3 5 5 1 1 3

45. Teléfono 2

3 5 0 7 8 1 1 0 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 1 1

2 0 2 5 0 2 1 0

4 7 9 9

2 0 2 3 0 4 1 0

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	4	9																							

49 - No responsable de IVA

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:

1

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 ALGECIRA CARRILLO KAREN YULITZA

985. Cargo Analista I

**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD
--

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, SONIA PAOLA ORTIZ SERRANO				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.083.462.870 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País	COLOMBIA	Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA		
Dirección	CARRERA 45 # 68 -30 BRR BOSTON	Teléfonos 3112355113		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO		
SONIA SERRANO DE ORTIZ	39.026.713	MADRE		
JUAN SEBASTIAN AVENDAÑO ORTIZ	1.141.526.783	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 X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	-			
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-			
GASTOS DE REPRESENTACION	-			
ARRIENDOS	15.000.000			
HONORARIOS	-			
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-			
TOTAL	\$ 15.000.000			
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 POPULAR SA	AHORRO	500806710024	BARRANQUILLA	\$ -
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN		VALOR	
INMUEBLE	RESIDENCIAL		\$ 160.000.000	

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 X NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
Juan Carlos Avendaño Ruiz	C.C. X C.E. T.I.	1.083.459.526

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION

3. FIRMA

Sonia Ortiz Serrano
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Barranquilla, febrero 10 de 2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

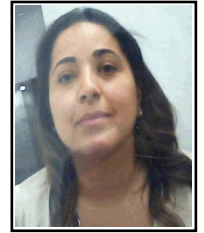


SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS
 "Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
 NIT. 802022218 - 2

Dirección: Cra. 49 No. 74 - 77/91
 Web: www.ssobq.com
 Tel: (605) 332 7294 - Cel: (313) 546 4664
 Barranquilla - Colombia



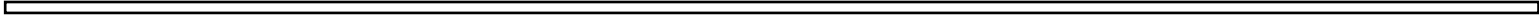
SG 7231-1



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 246.131

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACION OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL COLABORADOR O ASPIRANTE									
LP - PARTICULAR				LP - PARTICULAR - HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
Empresa contratante				Empresa en misión					
DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
ORTIZ SERRANO SONIA PAOLA				Género		Edad		Documento de identificación	
				FEMENINO		36 AÑOS		CC	
Apellidos y nombres						Tipo		Número	
Carga						Peso		Talla	
ADMINISTRATIVO						81,00 kg		155 cm	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO									
Observaciones: NO APLICA									
N/A		NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, manipular alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓		-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES			
						CONTROL DE PESO			
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
						HACER DEPORTE			
						DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
ESQUEMA DE VACUNACION COVID-19 COMPLETO									
Consentimiento informado del aspirante o colaborador: autorizo de manera voluntaria que el talento humano en salud de SSO - CRC Servicios de Salud Ocupacional SAS, me realice examen médico ocupacional y/o pruebas complementarias. Me han explicado la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y/o pruebas complementarias. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y los riesgos de estos a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de estos exámenes y/o pruebas complementarias es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto: las medidas para la protección de mis datos personales de acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012, y, las medidas para el manejo y contenido de mi historia clínica de acuerdo con la ley 23 de 1981, ley 594 de 2000 y resolución 1995 de 1999, resolución 1715 de 2005, resolución 2346 de 2007 y cualquier otro que las modifique. Autorizo a SSO - CRC Servicios de Salud Ocupacional S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la normativa vigente la información registrada en este documento para el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la resolución 0312 de 2019, adicionalmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o colaborador					
 Jesús Córdoba V. Médico Especialista SST Res. 4024				 Código de Seguridad K493Q1W246131					
Firma: _____									
Nombre: CORDOBA VILLALBA JESUS BENITO				 Firma: _____ Nombre: ORTIZ SERRANO SONIA PAOLA					
R. M.: 8118209		L.S.O.: 4024-2018		CC: 1083462870					



BANCO POPULAR S.A.

CERTIFICA

Que nuestro(a) cliente SONIA PAOLA ORTIZ SERRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1083462870 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la cuenta de cuenta banco popular número 500806710024 que abrió el día 2025-02-06.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los 6 días del mes de febrero del año 2025.

Atentamente,

BANCO POPULAR S.A.

Documento sin firma



**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 1083462870 **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 06/02/2025 02:49 PM



Código Verificación: **SUCEDWBV16**

Válida hasta: **07/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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



**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

HUS
DITA

1. DECLARACION JURAMENTADA		
1.1. DE BIENES Y RENTAS		
YO,		
IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:		
País	Departamento	Municipio
Dirección		Teléfonos
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		
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS		
GASTOS DE REPRESENTACION	-	
ARRIENDOS	-	

HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

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	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**