



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Borelly		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gonzalez		NOMBRES Carla		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 32792780		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1976"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
PAÍS			PAÍS			DEPTO
DEPTO			MUNICIPIO			
MUNICIPIO			TELÉFONO		EMAIL	cborelly@gmail.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	8	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	12	2005	

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														
<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> 6053930831			<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>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AXILIAR AADMINISTRATIVO			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE PRESTACION DE SERVICIO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MARYVAL SAS				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	06	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2015	<i>Día</i>	29	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CEO - GERENTE GENERAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADIMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 55N 43 8						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> TY GROUP				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> PANAMA						
<i>DEPARTAMENTO</i>			<i>MUNICIPIO</i>					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	11	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2010	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2012
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CEO - GERENTE GENERAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADMIINSTRACION Y VENTAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 2 0 0 PANAMA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> AMERICAN EXPRESS BANK INTL / STANDARD CHARTER BANK				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> ESTADOS UNIDOS						
<i>DEPARTAMENTO</i>			<i>MUNICIPIO</i>					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	25	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2005	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2009
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ANALISTA FINANCIERO			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA 16 0 0 MIAMI, FL						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD PREPAID NETWORK INC				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS ESTADOS UNIDOS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día	06	Mes	01	Año	2004	Día	20	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE CONTABLE			DEPENDENCIA AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				DIRECCIÓN AVENIDA 35 2 0 MIAMI, FL				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD Plinco USA Inc				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS ESTADOS UNIDOS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día	07	Mes	01	Año	2003	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CEO - GERENTE GENERAL			DEPENDENCIA ADMIINSTRACION Y VENTAS				DIRECCIÓN AVENIDA 21 0 0 HALLANDALE, FL				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CASA TUA HOTEL AND RESTAURANT				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS ESTADOS UNIDOS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día	08	Mes	01	Año	2002	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CEO - GERENTE GENERAL			DEPENDENCIA 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				DIRECCIÓN AVENIDA 17 0 0 MIAMI BEACH, FL				

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				

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **32.792.780**

BORELLY GONZALEZ

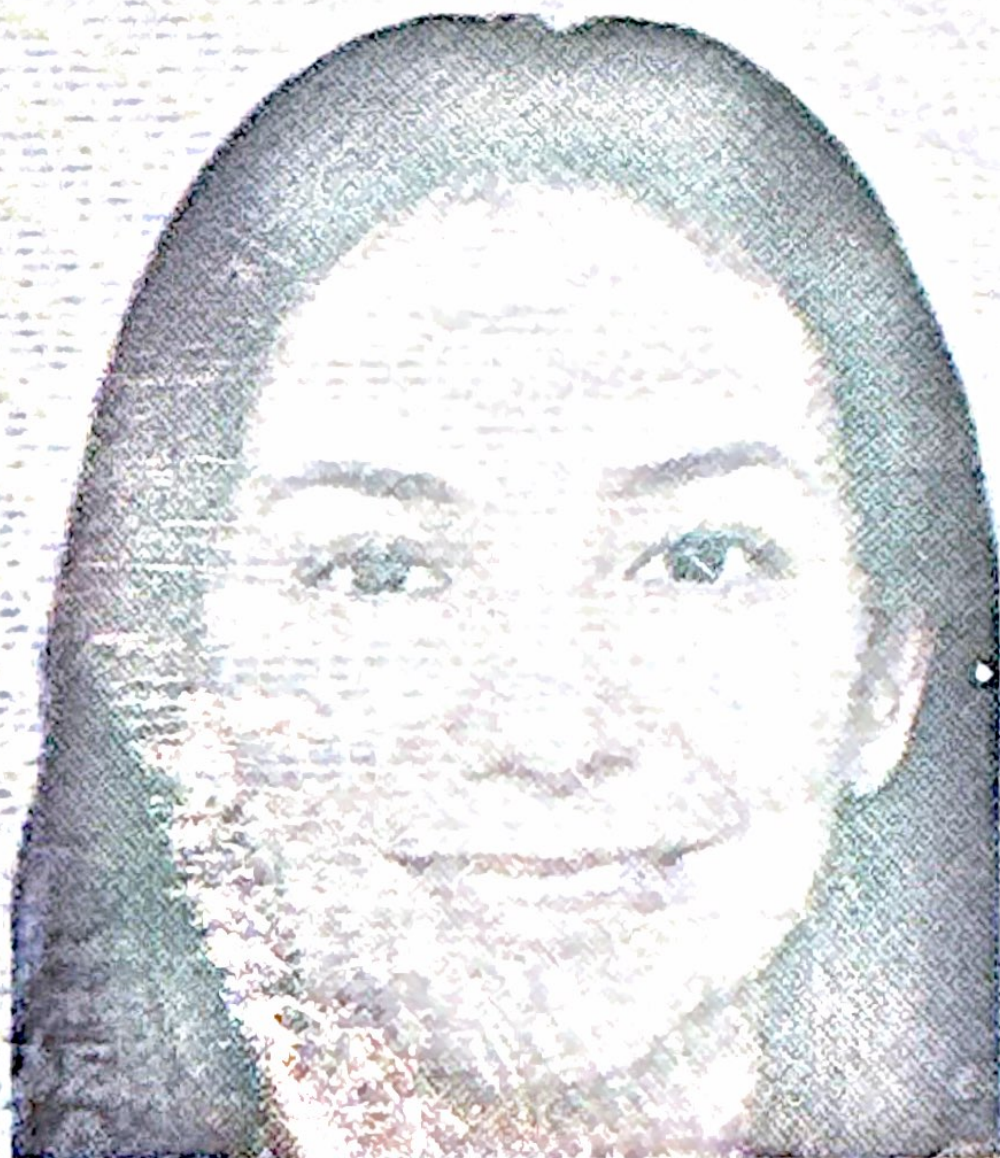
APELLIDOS

CARLA

NOMBRES

Carla Borelly Gonzalez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

01-AGO-1976

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

A+

F

ESTATURA

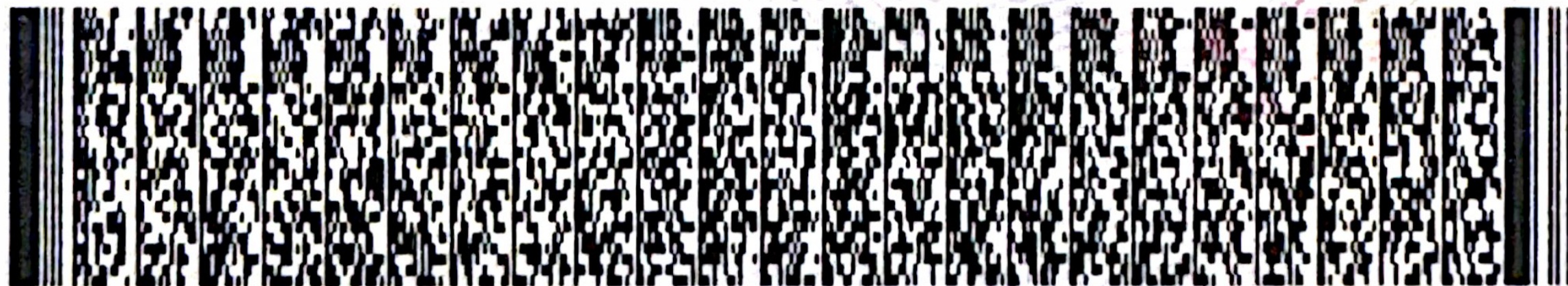
G.S. RH

SEXO

31-OCT-1994 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0300150-01099595-F-0032792780-20190927

0067844849A 1

52554355



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

--

1. DECLARACION JURAMENTADA**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, CARLA BORELLY GONZALEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 32.792.780 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección KRA 59B # 84-48 APT 1401 Teléfonos 3165448390

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARYANA DOBRY BORELLY	TI 1042864789 DE BARRANQUILLA	HIJA
VALERIA DOBRY BORELLY	TI 1042864790 DE BARRANQUILLA	HIJA

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	
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
BANCOLOMBIA	AHORROS	107-140784-08	PARQUE WASHINGTON	\$ 3.000.000
DAVIVIENDA	AHORROS	4884-5038-3994	PARQUE WASHINGTON	\$ 3.000.000

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 ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BARRANQUILLA, FEBRERO 1, 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Nit 802007728-4 CRA. 58 N° 70-129 CONS. 105 3687760-3005425060	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL		FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN			
	PRO		20	01	2025	
	Versión 3		BARRANQUILLA			
			TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD			CONTRATISTA			
NOMBRE DE LA EMPRESA			CARGO			
DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)						
BORELLY	GONZALEZ	CARLA	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	1976	CC	32792780	
			AÑOS	TIPO	NUMERO	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURA : N/A						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL MANIPULACION ALIMENTO : N/A						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO : N/A						
RESTRICCIONES : NINGUNA						
RECOMENDACIONES : NINGUNA						
Evitar estas condiciones o funciones			Agentes o factores de riesgo		T	P
Levantamiento y transporte manual de carga <input type="checkbox"/>	Posturas forzadas <input type="checkbox"/>	Ergonómico <input type="checkbox"/>	Físico <input type="checkbox"/>			
Empuje de carga <input type="checkbox"/>	Subir o bajar escaleras más del 50% de la jornada <input type="checkbox"/>	Mecánico <input type="checkbox"/>	Psicolaboral <input type="checkbox"/>			
Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Eléctrico <input type="checkbox"/>	Orden público <input type="checkbox"/>			
Exposición a vibración <input type="checkbox"/>		Químico <input type="checkbox"/>	Biológico <input type="checkbox"/>			
Otra Condición (escribir letra imprenta clara):						
Valorar por su EPS: NUTRICION		Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:		Específicas:		
Neurocirugía <input type="checkbox"/>	Ortopedia <input type="checkbox"/>	SVE Osteomuscular <input type="checkbox"/>	SVE Conservación auditiva <input type="checkbox"/>	SVE Conservación visual <input type="checkbox"/>	Actividad física diaria <input checked="" type="checkbox"/>	
Oftalmología <input type="checkbox"/>	Optometría <input type="checkbox"/>	SVE Prevención riesgo cardiovascular: <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Dieta Balanceada <input checked="" type="checkbox"/>	
Cirugía <input type="checkbox"/>	Nutricionista <input type="checkbox"/>	SVE Conservación Respiratoria <input type="checkbox"/>	Dislipidemia <input type="checkbox"/>	Sobrepeso y Obesidad <input type="checkbox"/>	Estilo vida Saludable <input checked="" type="checkbox"/>	
Medicina interna <input type="checkbox"/>	Dermatología <input type="checkbox"/>				Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/>	
Neumología <input type="checkbox"/>						
Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR						
Laboratorios Realizados: N/A						
Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad profesional SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común agravada por el trabajo SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						
Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).						
Hacemos constar que hemos realizado examen médico 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 paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.						
 Cyndy J. Centiferas Pino Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Resolución: 4683 R.M 70274-13						
FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.			FIRMA DEL TRABAJADOR			
RM. 700274-13						
Lic. SS.OO.: 4683						

Certificación Bancaria

Jueves, 27 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CARLA BORELLY GONZALEZ identificado(a) con CC 32792780, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	10714078408	2013-10-04	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



**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 32792780 **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 28/02/2025 11:42 AM



Código Verificación: **KTU8F2DWPY**

Válida hasta: **29/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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