



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 Herrera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Mojica			NOMBRES Milagro Inmaculada		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1129519216				SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <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="26"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1986"/>				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 88 2 04			
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA		MUNICIPIO BARRANQUILLA		TELÉFONO 3186234206	
MUNICIPIO BARRANQUILLA				EMAIL milisita1986@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003
										<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	12	X		MEDICINA	07	2011	082373

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
INGLÉS	X			X			X		

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														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIAS			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						

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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40A 33A 1 ESTE 121						
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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40A 33A 1 ESTE 121						
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>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40A 33A 1 ESTE 121						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL				<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>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA CALLE 0 45 144 CIRCUNVALAR						
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>			<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> MEDICO GENERAL			<i>DEPENDENCIA</i> A NIVEL NACIONAL					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 53 8 38						

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	03	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED PUBLICA HOSPITALARIA DE BARRANQUILLA - LIQUIDADA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3734999			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	10	Mes	08	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO			DEPENDENCIA AREA DE CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN calle 50 carrera 21						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2016	Día	31	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
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 3790041			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2015	Día	31	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

4

**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:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

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

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	4	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	6
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	7	5

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 \_\_\_\_\_

Milagro herrera

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

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1986  
**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA      O+ G.S. RH      F SEXO

25-ENE-2005 BARRANQUILLA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0300100-00384586-F-1129519216-20120628      0030324652A 1      1041905104

REPUBLICA DE COLOMBIA DE  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA





NUMERO 1.129.519.216  
HERRERA MOJICA

APELLIDOS  
MILAGRO

NOMBRES  
Milagro Herrera M.

FIRMA



		<b>Formulario del Registro Único Tributario</b> Hoja Principal				<b>001</b>																													
2. Concepto: <b>02 Actualización</b> Fecha reservada por la DIAN				4. Número de formulario: <b>14310828033</b>																															
				 14310828033 0000014310828033																															
5. Número de identificación Tributaria (NIT): <b>1 1 2 9 5 1 9 2 1 6 - 2</b>		6. DV: <b>2</b>		12. Dirección sectorial: Ingresos de Barranquilla		14. Buzón electrónico: <b>2</b>																													
<b>IDENTIFICACION</b>																																			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión líquida <b>2</b>		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <b>13</b>		26. Número de identificación: <b>1 1 2 9 5 1 9 2 1 6 - 2</b>		27. Fecha expedición: <b>2 0 0 5 0 1 2 5</b>																													
28. País: COLOMBIA <b>1 6 9</b>		29. Departamento: Atlántico <b>0 8</b>		30. Ciudad/Ancorpo: Barranquilla <b>0 0 1</b>		34. Otros nombres:																													
31. Primer apellido: HERRERA		32. Segundo apellido: MOJICA		33. Primer nombre: MILAGRO		37. Sexo:																													
35. Razón social:		36. Nombre comercial:		37. Dígito:																															
<b>UBICACION</b>																																			
38. País: COLOMBIA <b>1 6 9</b>		39. Departamento: Atlántico <b>0 8</b>		40. Ciudad/Ancorpo: Barranquilla <b>0 0 1</b>																															
41. Dirección principal: CL 85 20 4		43. Acordeado correo:		44. Teléfono 1: <b>3 2 4 8 0 5 1</b>		45. Teléfono 2:																													
42. Correo electrónico: milista1956@hotmail.com																																			
<b>CLASIFICACION</b>																																			
<b>Actividad económica</b>				<b>Ocupación</b>																															
46. Código actividad principal: <b>0 0 1 0</b>		47. Fecha inicio actividad: <b>2 0 1 4 0 8 2 9</b>		48. Código actividad secundaria: 		49. Fecha inicio actividad secundaria: 																													
50. Código actividad terciaria: 		51. Código ocupación: 		52. Número identificación ocupación: 																															
<b>Responsabilidades, Calidades y Atributos</b>																																			
53. Código: <b>5</b>																																			
05- Impgt. renta y compl. régimen ordinario																																			
<b>Usuarios rds/ahereds</b>				<b>Exportadores</b>																															
54. Código: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma: <input type="checkbox"/>		56. Tipo: <input type="checkbox"/>		Servicio: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		1	2	3			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																										
1	2	3																																	
				57. Modo: <input type="checkbox"/>		58. CPC: <input type="checkbox"/>																													
<b>Para uso exclusivo de la DIAN</b>																																			
59. Anular: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		60. No. de Folios: <b>0</b>		61. Fecha: <b>2 0 1 4 0 8 2 9</b>																															
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia compromete exclusivamente a la realidad por lo anterior, cualquier "falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada" Artículo 18 Decreto 2462 de noviembre de 2013. Firma del suscriptor:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 62. Nombre: <b>MERCADO BERRIO JOSÉ IGNACIO</b> 63. Cargo: <b>Gerente I</b>																															

Tipo de declaración  Fecha de publicación 

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MILAGRO		HERRERA	MOJICA

Documento de identificación  
Tipo  Número Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio 

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$78.966.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$78.966.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO	\$3.500.000,00

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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 participación

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

#### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ENRIQUE	VELILLA	GONZALEZ

Tipo documento  Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

#### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí  No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí       No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

  
LIBERTAD Y ORDEN

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
IDENTIFICACION ÚNICA DEL  
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.  
**08 2373/2012**

Profesión u Ocupación  
**MÉDICO**

Nombres y Apellidos  
**HERRERA MOJICA MILAGRO**

C.C. o C.E.  
**CC 1129519216**

Institución de Educación  
**U METROPOLITANA**

Código **73652/08**

De  
**BARRANQUILLA**

Ciudad  
**BARRANQUILLA**

Fecha de Expedición **27/08/2012**

Tipo	Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Identificación: Detalles
CC		1129519216	MILAGRO		HERRERA	MOJICA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MILAGRO HERRERA MOJICA identificado(a) con CC 1129519216 registra La siguiente información:

2020-07-29--6:33:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2012-06-07	2373	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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 en la fecha de expedición de la 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).

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202037978**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000001928 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: **320** RAMO: **89** PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
04	06	2024	01	06	2024	23:59	01	06	2025	23:59	365	04	06	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS		FECHA DE IMPRESIÓN	

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
01	06	2024	23:59	01	06	2025	23:59	365
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA				

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **MILAGRO HERRERA MOJICA** IDENTIFICACIÓN: CC **1129.519.216**

DIRECCIÓN: **CARRERA 35A NO. 30-15** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3006448412**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **MILAGRO HERRERA MOJICA** IDENTIFICACIÓN: CC **1129.519.216**

DIRECCIÓN: **CARRERA 35A NO. 30-15** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3006448412**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **BARRANQUILLA**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0**

ACTIVIDAD: **MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		100,000,000.00	
GASTOS DE DEFENSA		10,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		100,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL**

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****93,110	GASTOS EXPEDICION: \$*****5,000.00	IVA: \$ *****18,641	TOTAL A PAGAR: \$ *****116,751
--	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GLOBALAS LTDA	7360	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000320203797

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CDDA207A0B0FFD7B57 CLIENTE

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano \* Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá \* Teléfono: (601) 7919180  
 Fax: (601) 7919180 \* Celular: 312 342 6229 \* Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com  
 Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:  
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros  
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
VIGILADO



## CERTIFICADO

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

**05/07/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MILAGRO HERRERA MOJICA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1129519216**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550029700047334**  
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 1129519216 **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 18/02/2025 07:22 AM



Código Verificación: **9QLYWFEGB4**

Válida hasta: **19/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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