



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 Saltarin		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Acuña			NOMBRES Yeimy Jhoana	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 22515180				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				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="1979"/>				CARRERA 9N 98 98 CASA		
PAÍS COLOMBIA				PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO
DEPTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO BARRANQUILLA		
MUNICIPIO BARRANQUILLA				TELÉFONO 3710245		EMAIL yeimysaltarin@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 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	1995
										<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	1		<input checked="" type="checkbox"/>	TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA			

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														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3012404866			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA ALMACEN - FARMACIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1B 68 62						
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 3012404866			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRACION DE FARMACIA			DEPENDENCIA ALMACEN - FARMACIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1 B 68 62						
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 3012404866			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR FARMACIA			DEPENDENCIA ALMACEN - FARMACIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1 B 68 62						
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 3012404866			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR FARMACIA			DEPENDENCIA ALMACEN - FARMACIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1 B 68 62						

**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> 3012404866			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR ADMINISTRATIVO			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRACION Y FARMACIA					<i>DIRECCIÓN</i> TRANSVERSAL 1B 68 62						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD				<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> 3012404866			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ASISTENTE UES FARMACIAS			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRACION DE SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> TRANSVERSAL 1 B null 68 62						
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> 3012404866			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR ADMINISTRATIVO			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRACION Y FARMACIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 34 40 null 36						
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> 3012404866			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR ADMINISTRATIVO			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINIST DE DE MEDICAMENTOS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 36 43 60						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3754400			<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> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> FARMACIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						

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 DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3754400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FARMACIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3754400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FARMACIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3754400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2021	Día	31	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FARMACIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3742560			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FARMACIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3742560			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FARMACIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						

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 DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO				
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3742560			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	02	Mes	03	Año	2020	Día	01	Mes	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA FARMACIA				DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3611524			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	04	Año	2019	Día	30	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OPERATIVO				DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3532269			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	04	Mes	12	Año	2018	Día	31	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OPERATIVA				DIRECCIÓN CALLE 72 58 65 PISO 1 Y 2					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DANE REGIONAL BARRANQUILLA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3531554			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	03	Mes	07	Año	2018	Día	30	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OPERATIVA				DIRECCIÓN CALLE 72 58 65					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3601524			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	16	Mes	02	Año	2018	Día	30	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OPERATIVA INDICES				DIRECCIÓN CALLE 72 58 65					

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	01	Mes	02	Año		2017		Día	30	Mes	12	Año		2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OPERATIVA					DIRECCIÓN CALLE 72 58 65									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3535415			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	25	Mes	11	Año		2016		Día	30	Mes	12	Año		2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA TESORERIA					DIRECCIÓN CALLE 72 58 65									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD GARRIDO CEPEDA Y CIA LTDA.				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3581547			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	30	Mes	01	Año		2012		Día	30	Mes	11	Año		2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIA			DEPENDENCIA CONFECCIONES					DIRECCIÓN CALLE 84N 49C 55									

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	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>7</b>	<b>6</b>

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

Soledad - Atlántico 14-08-2024

*[Firma manuscrita]*

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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.515.180**

**SALTARIN ACUÑA**  
APELLIDOS

**YEIMY JHOANA**  
NOMBRES

*Yeimy Jhoana*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1979**

**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**18-NOV-1998 BARRANQUILLA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Benigno Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ BENOIGO LOPEZ

INDICE DERECHO



A-0300100-22117812-F-0022515180-20030923 0335903265A 02 135458400

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

14671594492



(415)7707212489984(8020) 000001467159449 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 2 5 1 5 1 8 0

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

2 2 5 1 5 1 8 0

27. Fecha expedición

1 9 9 8, 1 1 1 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

SALTARIN

32. Segundo apellido

ACUÑA

33. Primer nombre

YEIMY

34. Otros nombres

JHOANA

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 9 N 98 BRR SIETE DE AGOSTO

42. Correo electrónico

yeimysaltarin@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 5 7 0 5 8 3 3

45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Ocupación**

**Actividad principal**

46. Código

7 3 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6, 1 1 2 5

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1 2

51. Código

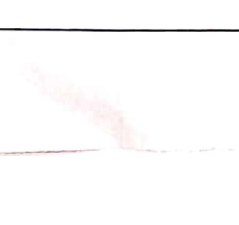
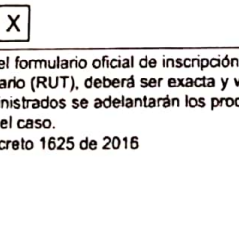
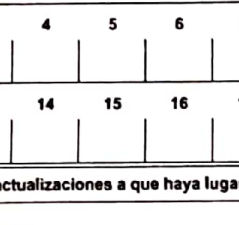
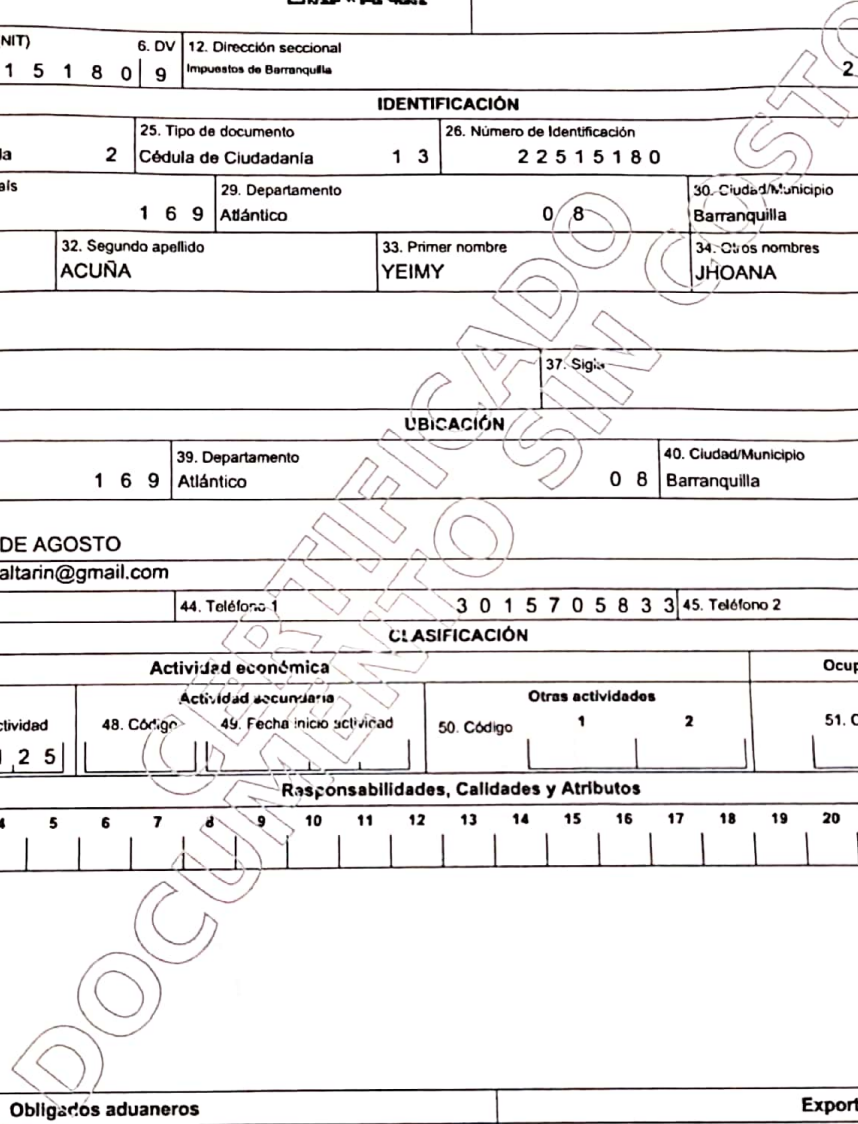
**52. Número establecimientos**

0

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA



**Obligados aduaneros**

**Exportadores**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 11 - 22

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SALTARIN ACUÑA YEIMY JHOANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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 2024

YO, YEIMY JHOANA SALTARIN ACUÑA

IDENTIFICADO CON: C C X C E T.I. N° 22,515,180 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

Pais COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección KRA 9N 98-98 Teléfonos 3012404866

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	1,550,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 18,600,000</b>

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
DAVIVIENDA	AHORRO	550488414524261	BARRANQUILLA	-

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

Soledad, 18 febrero 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-CAP

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



DAVIVIENDA

DAVIVIENDA S.A.

## CERTIFICADO

18/05/2020

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

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **YEIMY JHOANA SALTARIN ACUNA** con **Cédula de Ciudadanía** número **22515180**

Posee en el banco Davivienda:

### CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488414524261

Fecha de apertura

18/05/2020

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 22515180 **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 03:40 PM



Código Verificación: **QCBVF1W8E2**

Válida hasta: **19/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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