



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, CRISTIAN JESUS RODRIGUEZ QUIROZ

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.043.611.198 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SUAN

Dirección CARRERA 25 #3-19 Teléfonos 321755439

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Mary Paz Rodríguez Martínez	R.C 1043613886	HIJA
Martin Antonio Rodríguez Montero	c.c 8510707	padre
Elcida María Quiroz Díaz	c.c 22697535	madre
Eliana Rosa Rodríguez Quiroz	c.c 1043611792	Hermana
Jesus Alfredo Rodríguez Quiroz	t.i 1043606647	Hermano

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	10.000.000
TOTAL	\$ 10.000.000

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 Davivienda	ahorros	550488406430667	Barranquilla	\$ 300

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) E 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

Suán Atlántico 01/03/2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.043.611.198**

RODRIGUEZ QUIROZ

APELLIDOS

CRISTIAN JESUS

NOMBRES

Cristian Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1995**

SUAN
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

24-DIC-2013 SUAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0305500-00969215-M-1043611198-20180116 0059141325A 2 50090687

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese**

28/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CRISTIAN JESUS RODRIGUEZ QUIROZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1043611198**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488406430667**
Fecha de apertura **26/06/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



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 Rodríguez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Quiroz		NOMBRES Cristian Jesus	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1043611198		SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" 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		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 29 MES 11 AÑO 1995		CARRERA 25 3 19 carrera 25 # 3-19			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SUAN			
MUNICIPIO CANDELARIA		TELÉFONO 3963025		EMAIL crisroqui1995@hotmail.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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012
										<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		CONTADURIA PUBLICA	07	2018	

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
INGLÉS		X			X		X		

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	29	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FINANCIERO			DEPENDENCIA ADMN Y FINANCIERA PRESUPUESTO						DIRECCIÓN Carrera 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FINANCIERO			DEPENDENCIA ADMN Y FINANCIERA PRESUPUESTO						DIRECCIÓN Carrera 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FINANCIERO			DEPENDENCIA ADMN Y FINANCIERA PRESUPUESTO						DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 321755439			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUB GERENCIA ADM Y FINANCIERA						DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 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> 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> 3217555439			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	16	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUB GERENCIAS ADMINISTRATIVA Y					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 3930831			<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>	30	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A CONTROL INTERNO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
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> 3930831			<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> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 3930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINIISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 3930831			<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>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						

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> SUAN					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 3930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 3930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad						
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> 3930831			<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> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	29	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A LA SUB GERENCIA ADMINI					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 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> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SUAN					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A LA SUB GERENCIA ADMINI					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	25	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A LA SUB GERENCIA ADMINI					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06						
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> 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>	01	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA Y CONTROL					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 #33-06						
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> 3930831			<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> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa						
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> 3930831			<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> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa						

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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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	09	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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	02	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUB GERENCIAS ADMINISTRATIVA Y					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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	2021	Día	31	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUB GERENCIA ADM Y FINANCIERA					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 Barrio Costa Hermosa						
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	06	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUB GERENCIA ADM Y FINANCIERA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						

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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	18	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - CARRERA 40 # 33 06 Soledad, Atlántico, Colombia						

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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 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 CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 605393083			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2020	Día	29	Mes	05	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA FINANCIERA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	03	Año	2020	Día	31	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA FINANCIERA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						
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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	02	Año	2020	Día	28	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA FINANCIERA					DIRECCIÓN - Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia						

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:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

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

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	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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



**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 1043611198 **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 19/08/2025 10:54 AM



Código Verificación: **YE8V67PFQA**

Válida hasta: **17/11/2025**

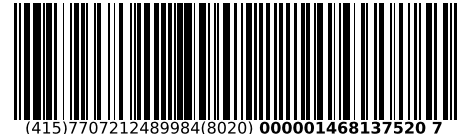
Dirección de Gobierno Digital

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

2. Concepto Inscripción

4. Número de formulario

14681375207



(415)7707212489984(8020) 000001468137520 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente 25. Tipo de documento 1 3 26. Número de Identificación 27. Fecha expedición
 28. País 29. Departamento 0 8 30. Ciudad/Municipio 7 7 0

31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País 1 6 9 39. Departamento 0 8 40. Ciudad/Municipio 7 7 0

41. Dirección principal

42. Correo electrónico

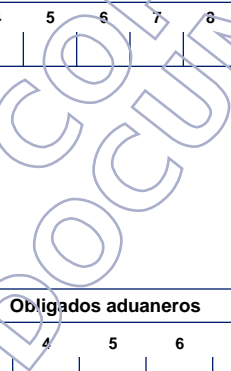
43. Código postal 44. Teléfono 1 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2		
<input type="text" value="6920"/>	<input type="text" value="20180725"/>						

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



Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="12"/> <input type="text" value="13"/> <input type="text" value="14"/> <input type="text" value="15"/> <input type="text" value="16"/> <input type="text" value="17"/> <input type="text" value="18"/> <input type="text" value="19"/> <input type="text" value="20"/>	55. Forma <input type="text"/> 56. Tipo <input type="text"/> Servicio <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 57. Modo <input type="text"/> 58. CPC <input type="text"/>

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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO DEL CASTILLO MARIA JOSE

985. Cargo Gestor II