



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|  |   |   |
|--|---|---|
| PRIMER APELLIDO<br>Cabarcas  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Arroyo  | NOMBRES<br>Claudia  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32866058 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>   | NÚMERO  | D.M.  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 22 MES 08 AÑO 1973   | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 12B 77A 142 ciudad del parque galera carrera        |   |
| PAÍS<br>COLOMBIA   | PAÍS<br>COLOMBIA  | DEPTO<br>ATLÁNTICO  |
| DEPTO<br>ATLÁNTICO   | MUNICIPIO<br>SOLEDAD  |   |
| MUNICIPIO<br>SOLEDAD   | TELÉFONO<br>00000   | EMAIL<br>ccabarcas73@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 |    | BASICA SECUNDARIA |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO  |    |                   |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 1X1°  | MES             | 12 | AÑO               | 1992 |

**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 ACADEMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |  | MES         | AÑO  |                            |
| PREGRADO            | 8                       | X        |    | TRABAJO SOCIAL                           | 07          | 1999 | 208633214-1                |

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><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |                                       | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3930831  |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |                         |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 02                  | <i>Mes</i> | 12             | <i>Año</i>                            | 2024                    | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL                         |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |                     |            |                | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 24B 35 |                         |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |                                       |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |                                       | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3930831  |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |                         |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 01                  | <i>Mes</i> | 11             | <i>Año</i>                            | 2024                    | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>13295/TRABAJADOR SOCIAL                              |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |                     |            |                | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 24B 35 |                         |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |                                       |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |                                       | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3930831  |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |                         |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 01                  | <i>Mes</i> | 10             | <i>Año</i>                            | 2024                    | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>13295/TRABAJADOR SOCIAL                              |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA TRABAJO SOCIAL    |                     |            |                | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 24B 35 |                         |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |                                       |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |                                       | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |                         |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3930831  |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |                         |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 02                  | <i>Mes</i> | 09             | <i>Año</i>                            | 2024                    | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>TABAJADORA SOCIAL                                    |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA TRABAJO SOCIAL    |                     |            |                | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 24B 35 |                         |            |  |            |  |            |  |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |                                       |              |     |         |     |                                |                 |  |     |  |     |  |
|--|--|--|---------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--------------------------------|-----------------|--|-----|--|-----|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA<br>- SOLEDAD |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO  |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>3759400   |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     |                                | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|  |  |  | Día                                   | 02           | Mes | 07      | Año | 2024                           | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AGENTE DE TRABAJO SOCIAL                                |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37B 25 41 |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |                                       |              |     |         |     |                                |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA<br>- SOLEDAD |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO  |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>6053930831  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     |                                | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|  |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 06      | Año | 2024                           | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO TRABAJADORA SOCIAL                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37 25 41  |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |                                       |              |     |         |     |                                |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA<br>- SOLEDAD |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO  |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>6053930831  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     |                                | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|  |  |  | Día                                   | 02           | Mes | 05      | Año | 2024                           | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO TRABAJADORA SOCIAL                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37 25 41  |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |                                       |              |     |         |     |                                |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA<br>- SOLEDAD |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO  |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>6053930831  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     |                                | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|  |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 04      | Año | 2024                           | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO TRABAJADORA SOCIAL                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37 25 41  |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |                                       |              |     |         |     |                                |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA<br>- SOLEDAD |  |  |                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO  |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>6053930831  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |              |     |         |     |                                | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|  |  |  | Día                                   | 01           | Mes | 02      | Año | 2024                           | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO TRABAJADORA SOCIAL                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37 25 41  |                 |  |     |  |     |  |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |            |                                       |            |  |            |  |            |  |
|--|--|--|--|---------------------|------------|----------------|------------|---------------------------------------|------------|--|------------|--|------------|--|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA               |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>6053930831   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                |            | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 01                  | <i>Mes</i> | 01             | <i>Año</i> | 2024                                  | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>13295/TRABAJADOR SOCIAL                              |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA TRABAJO SOCIAL    |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 25 41  |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |            |                                       |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA               |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>6053749400   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                |            | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 01                  | <i>Mes</i> | 12             | <i>Año</i> | 2023                                  | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>TRABAJO SOCIAL                                       |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37B 25 41 |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |            |                                       |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA               |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>6053759400   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                |            | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 01                  | <i>Mes</i> | 11             | <i>Año</i> | 2023                                  | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>TRABADORA SOCIAL                                     |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37B 25 41 |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |            |                                       |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA               |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3176991111   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                |            | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 02                  | <i>Mes</i> | 10             | <i>Año</i> | 2023                                  | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>AGENTE TRABAJO SOCIAL                                |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 25 41  |            |  |            |  |            |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |  |                     |            |                |            |                                       |            |  |            |  |            |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA               |            |  |            |  |            |  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO   |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SOLEDAD                  |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>     |            |  |            |  |            |  |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3176991111   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                      |                     |            |                |            | <i>FECHA DE RETIRO</i>                |            |  |            |  |            |  |
|  |  |  | <i>Día</i>                                   | 02                  | <i>Mes</i> | 10             | <i>Año</i> | 2023                                  | <i>Día</i> |  | <i>Mes</i> |  | <i>Año</i> |  |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>AGENTE TRABAJO SOCIAL                                |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>AREA DE TRABAJO SOCIAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 37 25 41  |            |  |            |  |            |  |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE   |  |  |   |              |     |         |     |   |                 |  |     |  |     |  |
|---|--|--|---|--------------|-----|---------|-----|---|-----------------|--|-----|--|-----|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO   |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                      |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>3176991111   |  |  | FECHA DE INGRESO                          |              |     |         |     |   | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|   |  |  | Día                                       | 02           | Mes | 10      | Año | 2023  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AGENTE TRABAJO SOCIAL                                |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL     |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37 25 41                                   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE   |  |  |   |              |     |         |     |   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO   |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                      |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                          |              |     |         |     |   | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|   |  |  | Día                                       | 01           | Mes | 08      | Año | 2023  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>8296/TRABAJADOR SOCIAL                               |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 27 25 41                                   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE   |  |  |   |              |     |         |     |   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO   |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                      |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                          |              |     |         |     |   | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|   |  |  | Día                                       | 01           | Mes | 08      | Año | 2023  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>8296/TRABAJADOR SOCIAL                               |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 27 25 41                                   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE   |  |  |   |              |     |         |     |   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO   |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                      |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                          |              |     |         |     |   | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|   |  |  | Día                                       | 01           | Mes | 08      | Año | 2023  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>8296/TRABAJADOR SOCIAL                               |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA TRABAJO SOCIAL        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 27 25 41                                   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE   |  |  |   |              |     |         |     |   |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |  |   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO   |  |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                      |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                          |              |     |         |     |   | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|   |  |  | Día                                       | 03           | Mes | 02      | Año | 2008  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO                            |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL TRABAJO SOCIAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 37 25 41 carrera 37 # 25 -41 HMI SALAMANCA |                 |  |     |  |     |  |

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><br>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE -- BARRANQUILLA,<br>ATLANTICO |  |  |  | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA             |                        |    |            |    |            |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO  |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>BARRANQUILLA       |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>   |                        |    |            |    |            |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3309000   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>                |                     |            |                |            |                                     | <i>FECHA DE RETIRO</i> |    |            |    |            |
|   |  |  | <i>Día</i>                             | 03                  | <i>Mes</i> | 07             | <i>Año</i> | 1998                                | <i>Día</i>             | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>PROFESIONAL   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>A NIVEL NACIONAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CALLE 57 23 100 |                        |    |            |    |            |

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE     |  |  |                         |                |             |                |             |                           |                        |  |             |  |             |
|------------------------------|--|--|-------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|---------------------------|------------------------|--|-------------|--|-------------|
| <i>INSTITUCIÓN EDUCATIVA</i> |  |  |                         | <i>PÚBLICA</i> |             | <i>PRIVADA</i> |             | <i>PAÍS</i>               |                        |  |             |  |             |
| <i>DEPARTAMENTO</i>          |  |  | <i>MUNICIPIO</i>        |                |             |                |             | <i>CORREO ELECTRÓNICO</i> |                        |  |             |  |             |
| <i>TELÉFONOS</i>             |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i> |                |             |                |             |                           | <i>FECHA DE RETIRO</i> |  |             |  |             |
|                              |  |  | <i>Día:</i>             |                | <i>Mes:</i> |                | <i>Año:</i> |                           | <i>Día:</i>            |  | <i>Mes:</i> |  | <i>Año:</i> |
| <i>ÁREA DE CONOCIMIENTO</i>  |  |  | <i>NIVEL EDUCATIVO</i>  |                |             |                |             | <i>DIRECCIÓN</i>          |                        |  |             |  |             |

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            | 19                    | 6     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

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

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento      SOLEDAD – ATLANTICO 23/02/2025

*Claudia Cobarras I.*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

**OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

Empty rounded rectangular box for observations.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.866.058**  
**CABARCAS ARROYO**

APELLIDOS  
**CLAUDIA PATRICIA**

NOMBRES

*Claudia Cabarcas*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-1972**  
**SOLEDAD**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.49 A+**

ESTATURA G.S. RH SEXO  
**15-JUN-1992 SOLEDAD F**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0305200-00601674-F-0032866058-20140721

0039232456A 2

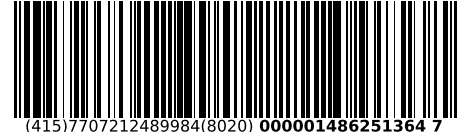
3402976360

MINISTERIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14862513647



(415)7707212489984(8020) 000001486251364 7

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

**IDENTIFICACIÓN**

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País  39. Departamento  40. Ciudad/Municipio

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                    |                      |                                |
| <input type="text" value="8699"/> | <input type="text" value="20080901"/> | <input type="text" value="7490"/> | <input type="text" value="20140606"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="0"/> |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código  05- Impto. renta y compl. régimen ordinario  
49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

54. Código

**Exportadores**

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:  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 SILVERA ARENAS MARIA ELVIA

985. Cargo Gestor III

Tipo de declaración

PERIÓDICO

Fecha de publicación

2025-02-23 18:28

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| CLAUDIA       | PATRICIA       | CABARCAS        | ARROYO           |

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

32866058

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

ATLÁNTICO

Municipio

SOLEDAD

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

ATLÁNTICO

Municipio

SOLEDAD

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

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

ATLÁNTICO

Municipio

SOLEDAD

Dirección

[" CARRERA 40 - 33 06 Barrio Costa Hermosa"]

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

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 año gravable 2023 fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR          |
|-------------------------------------|----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$2.200.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías  | \$0,00         |
| Gastos de representación            | \$0,00         |
| Arriendos                           | \$0,00         |
| Honorarios                          | \$0,00         |
| Otros ingresos y rentas             | \$800.000,00   |
| TOTAL                               | \$3.000.000,00 |

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            |
|--------------|----------|--------------|-----------|------------------|
| CASA         | COLOMBIA | ATLÁNTICO    | SOLEDAD   | \$250.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

## 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 |
|----------------------------|---------------------|
| COMERCIANTE                | CONSULTORA          |

## 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 |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| JOSE          | MANUEL         | VILORIA         |                  |

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 |
|------------|---|--------------------------------|------------------------|--|
| Hijo(a)    | HANER<br>AUGUSTO<br>VILORIA<br>CABARCAS | CEDULA DE<br>CIUDADANIA        | 1044613831             | NINGUNA  |

### 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:



## Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 208633214-I



Registro: 32.866.058

Nombres: Claudia Patricia

Apellidos: Cabarcas Arroyo

Inscripción: 19 de octubre de 2012

Vigencia: 19 de octubre de 2022

### Registro Profesional

1. Este Registro Profesional es personal e intransferible
2. De uso en todo acto de ejercicio de la profesión de Trabajo Social



5328772086332141933

CALLE 78 Nº 12 A - 15 TELEFAX: 257 6129

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC



## CERTIFICADO

**SOLEDAD,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**04/01/2024**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CLAUDIA PATRICIA CABARCAS ARROYO** con **Cédula de Ciudadanía** número **32866058**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Número            | <b>029700045734</b> |
| Fecha de apertura | <b>13/06/2017</b>   |

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 32866058 **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 23/02/2025 06:05 PM



Código Verificación: **A28ZW5NKFT**

Válida hasta: **24/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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