



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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Teran		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cardenas			NOMBRES Luz Ester				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 32825451				SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/>		SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO			D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1966"/> PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/> DEPTO <input type="text" value="BOLÍVAR"/> MUNICIPIO <input type="text" value="EL CARMEN DE BOLÍVAR"/>				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 10 22 11 PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/> DEPTO <input type="text" value="ATLÁNTICO"/> MUNICIPIO <input type="text" value="SOLEDAD"/> TELÉFONO <input type="text" value="0000000"/> EMAIL <input type="text" value="luzvelia2011@hotmail.com"/>					

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA 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	4	X			11	2010	

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
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 321272670	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA ASISTENCIA		DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA - SALUD		DIRECCIÓN							

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3046330839	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR		DEPENDENCIA GESTION DE APOYO		DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3046330839	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	<i>Día</i>	10	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD		DEPENDENCIA VACUNACION HOSPITALIZACION		DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA SALUD		DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10							

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADAELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA SALUD		DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10							

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 CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<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> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<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>	28	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<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> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO						
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	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>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MATERNO INFANTIL SEDE MISERICORDIA				<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> 3046330839			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PUBLICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	01	Año	2020	Día	10	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 30 30 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	03	Año	2019	Día	05	Mes	05	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL MATERNO INFANTIL YOTOCO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	03	Año	2019	Día	30	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33- ESQ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PUBLICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3046330839			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	10	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 30 30 38						

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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	6

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 _____

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **32.825.451**

TERAN CARDENAS

APELLIDOS

LUZ ESTER

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-AGO-1966**
EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

A+

F

ESTATURA

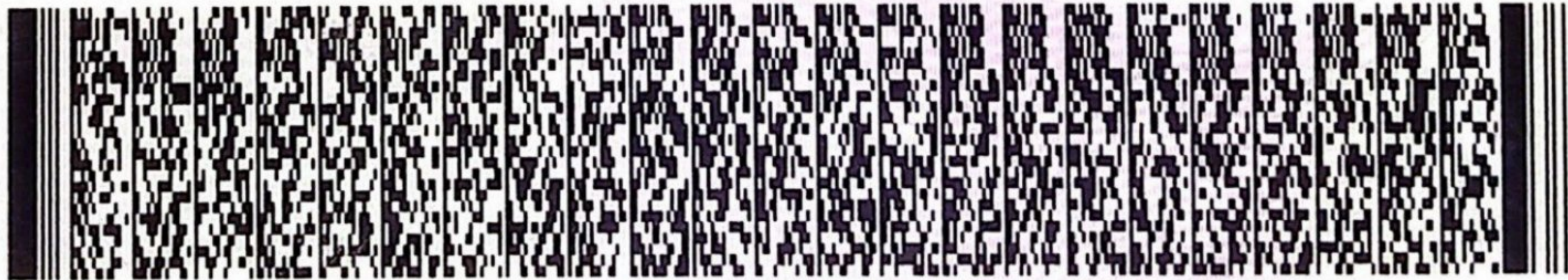
G.S. RH

SEXO

05-MAR-1987 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vácha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0305200-00883327-F-0032825451-20170216

0053638465A 1

45330497

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CIUDEDELA
METROPOLITANA -
SOLEDAD

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Luz Ester Teran Cardenas

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 32825451

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: SOLEDAD

DIRECCIÓN: CALLE 10 - 22 11

TELÉFONO: 3212722670 / 0000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
rosa andrea leon teran	1001891482	HIJO(A)
Chellsy Adriana Leon Teran	1001891483	HIJO(A)
Anibal Antonio Manjarrez Teran	1149438535	HIJO(A)

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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN

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	\$1.400.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$1.400.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
davivienda	CUENTA DE AHORROS	029700065500	soledad	10

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Luz Teran Cardenas

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

soledad 02 febrero 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**



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 32825451 **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 14/02/2026 08:04 PM



Código Verificación: HRZSW1E5LU

Válida hasta: 16/05/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BARRANQUILLA

2026/01/30

COLOMBIA,

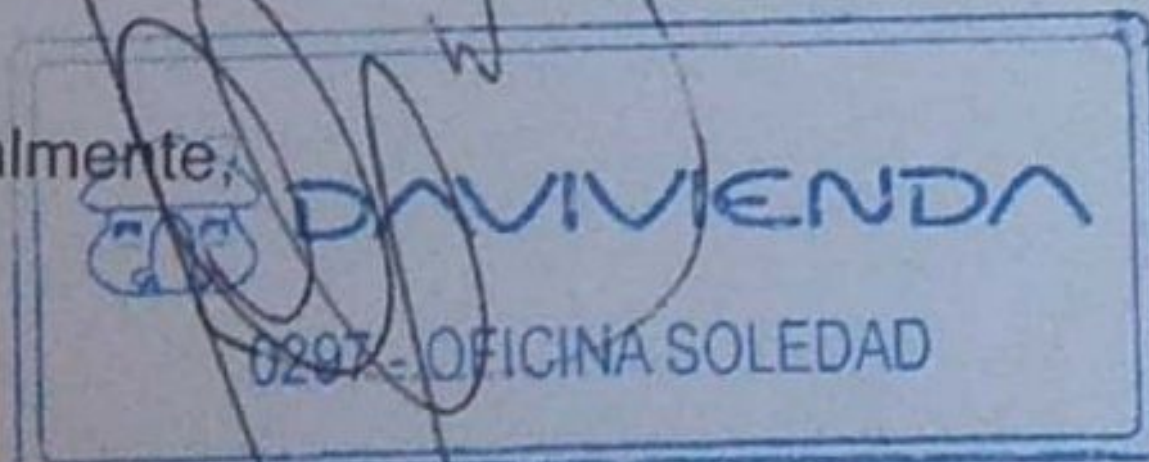
Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUZ ESTER TERAN CARDENAS
con Cédula de Ciudadanía número 32825451
de SOLEDAD-ATLANTICO
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 029700065500

Fecha Apertura 2018/10/08

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06