



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) YANCE	NOMBRES SORAYA MILENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No <u>22486940</u>	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>14</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1979</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ATLÁNTICO</u> MUNICIPIO <u>BARRANQUILLA</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 42H 84B 41 805 ciudad jardín PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ATLÁNTICO</u> MUNICIPIO <u>BARRANQUILLA</u> TELÉFONO <u>3034280</u> EMAIL <u>sorayitayance25@hotmail.com</u>	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1997

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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	09	2007	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	12	2002	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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 GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA													
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD														
TELÉFONOS 3307287		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO														
		Día	10	Mes	03	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025								
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DEL AREA SALUD		DEPENDENCIA ADMINISTRACION EN SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 45 39 40														
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																					
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA													
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD														
TELÉFONOS 3307287		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO														
		Día	21	Mes	05	Año	2024	Día	27	Mes	12	Año	2024								
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SALUD		DEPENDENCIA ADMINISTRACION EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46														

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3307287		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	21	Mes	03	Año	2023	Día	20	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 123/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRACION EN SALUD						DIRECCIÓN CALLE 40 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 33003548676		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	13	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA		DEPENDENCIA ADMINISTRACION DE SALUD						DIRECCIÓN CALLE 40 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DEL ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	06	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBSECRETARIA DE ASEGURAMIENTO						DIRECCIÓN CALLE 40 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DEL ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2019	Día	30	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBSECRETARIA DE ASEGURAMIENTO						DIRECCIÓN CALLE 40 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DEL ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3307287		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	18	Mes	01	Año	2018	Día	24	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CARRERA 44E 39Y 40					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3307287			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	13	Mes	03	Año	2017	Día	12	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CARRERA 45E 39Y 40				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	11	Mes	05	Año	2016	Día	30	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CARRERA 45E 39Y 40				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3307287			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	20	Mes	02	Año	2015	Día	30	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 40 45 39				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	20	Mes	01	Año	2014	Día	19	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CALLE 40N 45 46				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	06	Mes	05	Año	2013	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CALLE 40N 45 46				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	03	Mes	01	Año	2011	Día	31	Mes	12	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	09	Mes	02	Año	2011	Día	23	Mes	12	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CALLE 40N 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	22	Mes	02	Año	2010	Día	29	Mes	12	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CALLE 40N 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3307287		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	12	Mes	03	Año	2009	Día	24	Mes	12	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CALLE 40N 45 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DEV SALUD DEPARTAMENTAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3307287		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	16	Mes	07	Año	2008	Día	31	Mes	12	Año	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CALLE 40N 45 46					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SABANALARGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8782086			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	09	Año	2006	Día	21	Mes	03	Año	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 25N 8 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO MATERNO INFANTIL DE SABANALARGA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SABANALARGA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8781332			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2004	Día	06	Mes	08	Año	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 28N 22 45						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DE CANDELARIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO CANDELARIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2003	Día	02	Mes	01	Año	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN candelaria						

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12	8
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 BARRANQUILLA, ENERO 12 DE 2026



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.486.940**

RODRIGUEZ YANCE

APELLIDOS

SORAYA MILENA

NOMBRES

Soraya Rodriguez Y.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-NOV-1979**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

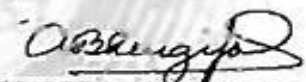
LUGAR DE NACIMIENTO

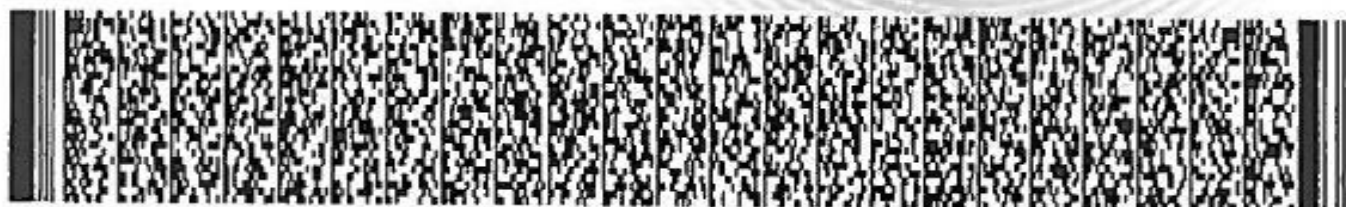
1.57
ESTATURA

A+
G S RH

F
SEXO

28-NOV-1997 CANDELARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALMAGEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-0301000-22137491-F-0022486940-20050727

02190 05208A 02 184820333



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, SORAYA MILENA RODRIGUEZ YANCE

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 22,486,940 CON DOMICILIO PRINCIPAL
EN: BARRANQUILLA

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección CRA 42H #84B-41 Teléfonos 3003548676

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GABRIELA GARCIA RODRIGUEZ	TI 1046706720	HIJA
LUZ MARINA YANCE CUENTAS	CC 32628915	MADRE
ALVARO MANUEL RODRIGUEZ BOLIVAR	CC 7449678	PADRE

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 X
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	50,500,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	50,500,000

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
BANCOLOMBIA	AHORRO	91222997220	OLAYA	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
ADOLFO MARIO GARCIA AHUMADA	C.C. X C.E. T.I.	72,177,575

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

BARRANQUILLA, ENERO 12 DE 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Certificación Bancaria

Jueves, 12 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que SORAYA MILENA RODRIGUEZ YANCE identificado(a) con CC 22486940, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91222997220	2021-06-25	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



SECRETARÍA DE SALUD DEL ATLÁNTICO
GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL

SORAYA M. RODRÍGUEZ YANCE

C.C. No. 22.486.940

Profesión ODONTÓLOGO

Inscripciones No. 1688 RES 08-367-04-09-02-04

Barranquilla D. E. I. P., Diciembre 27 de 2003.

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

Soraya Rodríguez Yance
FIRMA DEL PORTADOR

Esta Tarjeta es documento público y se
expide de conformidad al decreto No.
1465 del 7 de septiembre de 1992.

Si esta tarjeta es encontrada favor
devolverla a la Secretaría de Salud del
Atlántico.



Soraya M. Rodríguez Yance
SECRETARÍA DE SALUD DEL ATLÁNTICO



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2025-0651

Pág 1/1

**LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA**

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 22486940, **NO REGISTRA ANTECEDENTES** por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día lunes, 22 de diciembre de 2025 a las 09:22

Esta constancia **NO** acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.



EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página
<http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx> o escanee el código QR



Calle 71 No.11-10 Of 1102 Telefax: 2555752
www.tribunaleticaodontologica.org
Bogotá D.C. - Colombia

 FonSalud CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO S.A.S Nit 900.561.703-0	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL FORMATO CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
---	--

CIUDAD: BARRANQUILLA-ATLANTICO

FECHA: 26-06-2023

DATOS PERSONALES

NOMBRES: SORAYA MILENA

PRIMER APELLIDO: RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO: YANCE

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 22.486.940

EDAD 43 AÑOS

CARGO: CONTRATISTA

EMPRESA: SECRETARIA SALUD DEL ATLANTICO

TIPO DE EXAMEN MEDICO

PERIODICO:

EXAMENES PRACTICADOS:

EXAMENES	SI	NO	LABORATORIOS	SI	NO
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	X				
OPTOMETRIA / VISIOMETRIA	X				
AUDIOMETRÍA					
ESPIROMETRÍA					

RESULTADOS DE VALORACIÓN MÉDICA (EXÁMENES DE INGRESOS):

Apto para cargos sin patología aparente	X
Apto para cargo con patología que no limita su labor	
Apto para cargo con restricción	
Apto para cargo con condiciones	
Apto para desempeñar trabajo de altura	
Apto para trabajar en manipulación de alimento	
Aplazado	
No apto	

OBSERVACIONES

RESTRICCIONES:

EXAMEN PERIODICO:

SEDE SABANAGRANDE
CALLE 7 N° 10 – 29 Teléfono: 316 09 67 – 316 09 68
Celular: 322 262 50 28 – 304 594 18 73

SEDE BARRANQUILLA
CALLE 45 N° 17 – 30 Teléfonos: 316 09 62 – 316 09 93
Celular: 313 662 44 15 – 305 815 08 78

fonsaludsabanagrande@hotmail.com

 FonSalud CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO S.A.S Nit 900.561.703-0	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL FORMATO CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
---	---

PERIODICO:

RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA:

SE REQUIERE REUBICACIÓN LABORAL	TEMPÓRAL:	PERMANENTE:	RESIGDAR TAREAS:
---------------------------------	-----------	-------------	------------------

EXAMEN DE EGRESO:

SATISFACTORIO:	NO SATISFACTORIO:	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL:
----------------	-------------------	-------------------------------------

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:

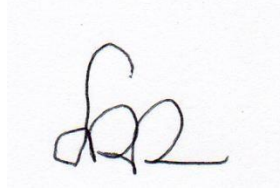
MEDICOS	OCUPACIONAL	ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y HABITOS
Remisión a su EPS Valoración con optometría en su centro de atención	Uso de E.P.P: - uso de elementos de protección relacionados para la labor asignada	Iniciar Actividad Física: Ejercicio aeróbico periódico
Observaciones: No	Observaciones: No	Observaciones:

MEDICO:

FIRMA Y SELLO: _____

NOMBRE LORENA DE LA CRUZ RODRIGUEZ

LICENCIA: 8944 DEL 9 DE JULIO DE 2018



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado o (a) al médico Especialista en Salud Ocupacional arriba mencionado (a), realizar en mí el examen médico ocupacional y paraclínicos ocupacionales registrados en este documento conforme quedo registrado en la Historia Clínica Ocupacional he comprendido he tenido la oportunidad de revisar, el propósito, beneficios, las interpretaciones, las recomendaciones y riesgos del examen médico ocupacional, los paraclínicos ocupacionales a partir de la asesoría brindada antes de las respectivas tomas de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomara FONSALUD CARIBE IPS, para proteger la confidencialidad de nuestros resultados. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento de las respuestas dadas en estos exámenes son completas y veraces. Autorizo a FONSALUD CARIBE IPS suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigente. La información registrada en el documento para el buen cumplimiento del programa de salud.

SEDE SABANAGRANDE
CALLE 7 N° 10 – 29 Teléfono: 316 09 67 – 316 09 68
Celular: 322 262 50 28 – 304 594 18 73

SEDE BARRANQUILLA
CALLE 45 N° 17 – 30 Teléfonos: 316 09 62 – 316 09 93
Celular: 313 662 44 15 – 305 815 08 78

fonsaludsabanagrande@hotmail.com



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 22486940 **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 12/02/2026 07:04 PM



Código Verificación: **X483U617SR**

Válida hasta: **14/05/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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