FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| AUN | DAU | EMILIO |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12540263

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DIA 07 MES 12 AÑO 1954

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 19 - 5 13 consultorio 620

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: RISARALDA

MUNICIPIO: PEREIRA

TELÉFONO: 3137577 EMAIL: eaun@utp.edu.co

## 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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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 | 10 | X | | ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO | 05 | 1987 | 7683 |
| PREGRADO | 12 | X | | | 02 | 1982 | 7683 |

## 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA PLASTICA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 32 | X | | XXVII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA PLASTICA ESTÉTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO | 06 | 1999 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *No. TOTAL HORAS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS* | *TERMINACIÓN* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* |
| CONGRESO IBEROAMERICANO DE CIRUGIA PLASTICA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | VII CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO DE CIRUG+A PL¿STICA. | 05 | 1990 |
| SOC. INTERNACIONAL DE CIRUGIA PLSTICA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | | X | | XXVIII SIMPOSIUM OF INTERNATIONAL AESTHETIC PLASTIC SURGERY - ISAPS. | 05 | 1988 |
| SOC. COLOMBIANA DE CIRUJIA PLASTICA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | | X | | VII CURSO DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS QUEMADURAS. | 05 | 1988 |

## 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* |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| GOBERNACION DE RISARALDA | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| RISARALDA | PEREIRA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 28 | *Mes* | 09 | *Año* | 2016 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | DESPACHO MAGISTRADO | - GOBERNACION DE RISARLADA |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>SIN DATO | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SIN DATO | *MUNICIPIO*<br>SIN DATO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 06 | *Año* 2016 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FUNDACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DE LAS AMERICAS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 07 | *Año* 2013 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>DOCENTE | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE MEDICINA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JORGE | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3117709274 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* 2025 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CIRUJANO -PLASTICO | *DEPENDENCIA*<br>CIRUGIA - CONSULTA EXTERNA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4 24 88 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COMFAMILIAR | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3135600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 03 | *Año* 2012 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA*<br>CIRUGIA | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* 2018 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JORGE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 09 | *Año* | 1989 | *Día* | 11 | *Mes* | 06 | *Año* | 1994 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CUARTA CON 24 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UNVIERSIDAD DE CALDAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>861250 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 1987 | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 1993 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65 N 26 10 | | | | | | |

**6** **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA - UTP | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 09 | *Mes:* | 08 | *Año:* | 1994 | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 27 - 10 02 | | | | | | |

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>FUNDACION UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DE LAS AMERICAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 20 | *Mes:* | 01 | *Año:* | 2014 | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>UNIVERSIDAD DE CALDAS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>RISARALDA | *MUNICIPIO*<br>PEREIRA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 16 | *Mes:* | 11 | *Año:* | 1987 | *Día:* | 06 | *Mes:* | 04 | *Año:* | 1993 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>POSTGRADO | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# 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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 19 | 11 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 13 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 37 | 7 |

## 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 INCOPATIBILIDAD 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*

Pereira, 27 de octubre de 2026

*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*

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

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE** |

**Período** 01/01/2025 - 31/12/2025

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, EMILIO AUN DAU

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 12540263 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: RISARALDA MUNICIPIO: PEREIRA

DIRECCIÓN: CALLE 19 - 5 13 consultorio 620 TELÉFONO: 3104559300

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Manuela Aun Mejía | 1088337168 | HIJO(A) |
| Emilio Fabio Aun Mejía | 4513395 | HIJO(A) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **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 | $256.018.000 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | $22.468.000 |
| HONORARIOS | $112.647.000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | $7.849.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $239.485.000 |
| TOTAL | $638.467.000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | CUENTA DE AHORROS | 896997456-43 | BANCOLOMBIA | 17.763.127 |
| COASMEDAS | CUENTA DE AHORROS | 0 | COASMEDAS | 5.923.282 |
| DAVIVIENDA | CUENTA DE AHORROS | 421623372 - | DAVIVIENDA | 198.086.127 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| MUEBLES | CAMIONETA PLACAS GKL 220 | 73.000.000 |
| INMUEBLES | CASA | 382.515.000 |
| INMUEBLES | CONSULTORIOS N0 620 - 622 CLINICA RISARALDA | 83.840.000 |
| INMUEBLES | DAVIVIENDA | 1.949.944.431 |
| INMUEBLES | LOCAL | 65.835.000 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | CREDITO DE CONSUMO | 1.029.552 |
| DAVIVIENDA | CREDITO DE CONSUMO | 11.704.637 |
| Obligaciones particulares | Obligaciones particulares | 310.000.000 |

### 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 |
|---|---|
| TRIBUNAL DE ETICA MEDICA QUINDIO Y RDA | miembro de la junta |

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°

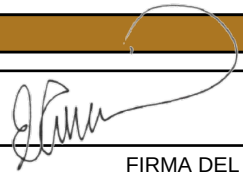
C.C. C.E. T.I.

## 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



FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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