



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pelaez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) de la Hoz			NOMBRES Alex Xavier	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. [REDACTED]				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO [REDACTED]				[REDACTED]		
PAÍS [REDACTED]				PAÍS [REDACTED]		DEPTO [REDACTED]
DEPTO [REDACTED]				MUNICIPIO [REDACTED]		MUNICIPIO [REDACTED]
MUNICIPIO [REDACTED]				TELÉFONO [REDACTED]		EMAIL [REDACTED]

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°	11°	MES	12	AÑO	2006
										<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	
POSTGRADO	2	X			11	2017	130275505
POSTGRADO	2		X		11	2017	130275505
POSTGRADO	2	X			04	2020	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	07	2013	

ESPECIFIQUE 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

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 VIGENTE															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	03	Año	2023		Día		Mes	Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENTE CIENTIFICO			DEPENDENCIA AREA SUBCIENTIFICA				DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 esquina								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BARRANQUILLA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	23	Mes	02	Año	2021		Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	08	Año	2019		Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	14	Mes	02	Año	2019		Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE AREA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
			Día	01	Mes	02	Año	2018		Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD				DIRECCIÓN kilometro 3 avenida murillo								

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	26	Mes	01	Año	2018	Día	30	Mes	07	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO		DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN kilometro 3 avenida murillo						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3282998		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	14	Mes	09	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN km 4 prolongacion Av Murillo						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3282998		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	02	Año	2017	Día	31	Mes	08	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN km 4 prolongacion Av Murillo						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SANTO TOMÁS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	02	Año	2016	Día	30	Mes	11	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR ASISTENCIAL		DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD GEMCOL			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SABANAGRANDE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3691471369		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	07	Año	2014	Día	15	Mes	11	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO		DEPENDENCIA CUENTAS MEDICOS					DIRECCIÓN k 52 74-28 piso 3 oficina 5						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GEMCOL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SABANAGRANDE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3891471369			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	07	Año	2014	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO			DEPENDENCIA CUENTAS MEDICOS					DIRECCIÓN k 52 74-28 piso 3 oficina 5			

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	0

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

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

Empty box for observations.

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

Sodreidad, 24-07-2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS