



Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                    |                                           |                                                                    |                                                                                        |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Fontalvo                                                                                                                        | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Buelvas | NOMBRES<br>Dairid Cecilia                                          |                                                                                        |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <input type="text"/> |                                           | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <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. <input type="text"/>                                   |                                                                                        |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>                                 |                                           | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><input type="text"/>               |                                                                                        |                  |
| PAÍS <input type="text"/>                                                                                                                          |                                           | PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/>               |                                                                                        |                  |
| DEPTO <input type="text"/>                                                                                                                         |                                           | MUNICIPIO <input type="text"/>                                     |                                                                                        |                  |
| MUNICIPIO <input type="text"/>                                                                                                                     |                                           | TELÉFONO <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/>           |                                                                                        |                  |

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               | 1991 |

#### 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        |    | ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS PUBLICAS     | 12          | 2011 | 159616                     |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | ECONOMIA                                 | 11          | 1997 |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | DERECHO                                  | 11          | 2005 | 159616                     |

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<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA 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                                                    | 02           | Mes | 02      | Año | 2023                                              | Día |    | Mes |    |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>JEFE OFICINA                                          |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 40 33 6 BARRIO COSTA HERMOSA |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                                   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN - MORALES                      |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                          |  |  | MUNICIPIO<br>MORALES                                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3123329889                                                          |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                   |     |    |     |    |
|                                                                                  |  |  | Día                                                    | 26           | Mes | 01      | Año | 2022                                              | Día | 31 | Mes | 01 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR                                                |  |  | DEPENDENCIA<br>ADIMINISTRATIVA Y FINANCIERA            |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- KILOMETRO 1 VIA PUERTO BOLIVAR     |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                                   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA                       |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                     |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                              |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>2427400                                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                   |     |    |     |    |
|                                                                                  |  |  | Día                                                    | 12           | Mes | 10      | Año | 2021                                              | Día | 10 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                           |  |  | DEPENDENCIA                                            |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 8 12B 31                     |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                                   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS - CARTAGENA DE INDIAS    |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                          |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS                       |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>6505898                                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                   |     |    |     |    |
|                                                                                  |  |  | Día                                                    | 15           | Mes | 05      | Año | 2020                                              | Día | 24 | Mes | 05 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBGERENTE                                            |  |  | DEPENDENCIA<br>ADIMINISTRATIVA Y FINANCIERA            |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- Pie de la popa, Calle 33 #22-54    |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |  |                                                        |              |     |         |     |                                                   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOB DE BOLIVAR SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                          |  |  | MUNICIPIO<br>TURBACO                                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>6517444                                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                   |     |    |     |    |
|                                                                                  |  |  | Día                                                    | 12           | Mes | 09      | Año | 2018                                              | Día | 26 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                           |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO SEC SALUD DPTAL                |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>turbaco km. 3 sector bajo miranda    |     |    |     |    |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                    |  |                                            |    |              |    |                            |      |                                                   |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|----|--------------|----|----------------------------|------|---------------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO                                |  |                                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                     |  | MUNICIPIO<br>MALAMBO                       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3162207                                                          |  | FECHA DE INGRESO                           |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                   |    |     |    |     |      |
|                                                                               |  | Día                                        | 28 | Mes          | 10 | Año                        | 2016 | Día                                               | 25 | Mes | 06 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBDIRECTOR                                        |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>- Calle 10 N° 23-93                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                    |  |                                            |    |              |    |                            |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS - CARTAGENA DE INDIAS |  |                                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                       |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS           |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6563933                                                          |  | FECHA DE INGRESO                           |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                   |    |     |    |     |      |
|                                                                               |  | Día                                        | 25 | Mes          | 08 | Año                        | 2014 | Día                                               | 31 | Mes | 12 | Año | 2014 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR                                             |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>- Calle 33 Nueva del Toril No. 22-54 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                    |  |                                            |    |              |    |                            |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL                            |  |                                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                     |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                   |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                     |  | FECHA DE INGRESO                           |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                   |    |     |    |     |      |
|                                                                               |  | Día                                        | 13 | Mes          | 11 | Año                        | 2013 | Día                                               | 13 | Mes | 08 | Año | 2014 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SECRETARIO SECCIONAL O LOCAL DE SALUD              |  | DEPENDENCIA                                |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 16N 14A null                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                    |  |                                            |    |              |    |                            |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS - CARTAGENA DE INDIAS |  |                                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                       |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS           |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6563933                                                          |  | FECHA DE INGRESO                           |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                   |    |     |    |     |      |
|                                                                               |  | Día                                        | 02 | Mes          | 01 | Año                        | 2013 | Día                                               | 31 | Mes | 07 | Año | 2013 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR                                             |  | DEPENDENCIA<br>ADMIN Y FINANCIERA          |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>- Calle 33 Nueva del Toril No. 22-54 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                    |  |                                            |    |              |    |                            |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CEMINSA                                                  |  |                                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                     |  | MUNICIPIO<br>SABANALARGA                   |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8781332                                                          |  | FECHA DE INGRESO                           |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                   |    |     |    |     |      |
|                                                                               |  | Día                                        | 02 | Mes          | 01 | Año                        | 2012 | Día                                               | 15 | Mes | 04 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR                                             |  | DEPENDENCIA<br>ADMIN Y FINANCIERA          |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>- Calle 28 No. 22-45                 |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR        |  |  |                                            |              |     |         |     |                                   |     |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------|--|--|--------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|-----------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CEMinsa      |  |  |                                            | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                  |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO         |  |  | MUNICIPIO<br>SABANALARGA                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8781332              |  |  | FECHA DE INGRESO                           |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                   |     |    |     |    |     |      |
|                                   |  |  | Día                                        | 03           | Mes | 01      | Año | 2005                              | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2011 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- Calle 28 No. 22-45 |     |    |     |    |     |      |

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          |      |  |      |  |      |  |

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                | 16                    | 4         |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 0                     | 0         |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 4         |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>16</b>             | <b>10</b> |

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

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

Sobredad Julio 03/2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS