



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Garcia		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Perez		NOMBRES Nelson Enrique	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <input type="text"/>			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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			CARRERA 49E 108 77		
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 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	04	2014	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO	11	2015	
POSTGRADO	2	X		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	07	2019	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	07	2000	

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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	04	Año	2024	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA "GERENCIA"				DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SANTO TOMAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SANTO TOMÁS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 58790494			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA "GERENCIA"				DIRECCIÓN CARRERA 13 11 70 Santo Tomás				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO ZONA BANANERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3126606285			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	22	Mes	05	Año	2012	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA "GERENCIA"				DIRECCIÓN CALLE 4 11 40				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE ZAPAYAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO ZAPAYÁN				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3008266848			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	12	Mes	04	Año	2011	Día	24	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA "GERENCIA"				DIRECCIÓN CALLE PRINCIPAL				

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

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	13	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>13</b>	<b>0</b>

**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

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

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.

Soledad Julio 8/2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS