FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Benavides	Acuña	Carlos Fabio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 85471683	F ○ M ⊗	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 85471683 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 02 AÑO 1975	TRASVERSAL 17 DIAGONAL 30 A N°17- 48 CASA SAN PEDRO ALEJANDRINO SANTA MARTA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	4363718	EMAIL	mellin31@hotmail.com

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	BASICA 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 (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	
PREGRADO	6		X				
PREGRADO	6	X		TECNÓLOGO DE GESTION DE PROCESO ADMINISTRATIVOS DE SALUD	04	2021	

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

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3218146132	Día 05 Mes 08 Año 2024	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
APOYO AUTORIZACIONES	AREA DE CONSULTA EXTERNA	CARRERA 14 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3218146132	Día 05 Mes 08 Año 2024	Día 30 Mes 09 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
APOYO AUTORIZACIONES	AREA DE CONSULTA EXTERNA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	Día 12 Mes 07 Año 2024	Día 31 Mes 07 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
APOYO EN AUTORIZACIONES	AREA CONSULTA EXTERNA	CARRERA 14 23 42 alcazares

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	Día 09 Mes 05 Año 2024	Día 30 Mes 06 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
APOYO AUTORIZACIONES	AREA CONSULTA EXTERNA	CARRERA 14 23 42 alcazares

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	Día 12 Mes 04 Año 2024	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUTORIZACION	AREA DE CONSULTA EXTERNA	CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N|23-42 LOS ALCAZARES

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
		Día	08	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N|23-42 LOS ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
		Día	19	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
		Día	17	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	14	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUTORIZACION		*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4346262	Día	14	Mes	01	Año	2016	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUTORIZACION	AREA DE CONSULTA EXTERNA	CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4346262	Día	14	Mes	01	Año	2015	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUTORIZACION	AREA CONSULTA EXTERNA	CARRERA 14 23 42 CARRERA 14 N°23-42 LOS ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	14	Mes	01	Año	2014	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUTORIZACION	AREA CONSULTA EXTERNA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4346262	Día	01	Mes	10	Año	2013	Día	31	Mes	12	Año	2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ADMISIOINES	CALLE 23 CARRERA 14 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
4346262	Día	12	Mes	04	Año	2013	Día	31	Mes	07	Año	2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ADMISIONES	CALLE 23 CARRERA 14 ESQUINA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3188067263	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día: 14	Mes: 05	Año: 2007			Día: 30	Mes: 06	Año: 2020				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: ADMISIONES					DIRECCIÓN: CARRERA 14N #23 42 - LOS ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3218146132	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día: 12	Mes: 05	Año: 2007			Día:	Mes:	Año:				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: APOYO EN AUTORIZACIONES	DEPENDENCIA: AREA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL					DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3218146132	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día: 12	Mes: 05	Año: 2007			Día:	Mes:	Año:				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: APOYO AUTORIZACIONES	DEPENDENCIA: AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3218146132	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día: 12	Mes: 05	Año: 2007			Día:	Mes:	Año:				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: APOYO EN AUTORIZACIONES	DEPENDENCIA: AREA DE CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES						

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						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	17	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	13	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	6

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Santa Marta 14 Diciembre 2024

Carlos Benavides A

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS