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	***SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)***	***NOMBRES***
SEPULVEDA	GUTIERREZ	KAROLAIN JINETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. _____ ***SEXO*** F (X) M ( ) ***NACIONALIDAD*** COL. (X) EXTRANJERO ( ) ***PAÍS*** _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 21 MES 05 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO SAN JUAN DEL CESAR

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
CRA 9B #120-121

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3215948733 EMAIL CAROLINESEPULVEDAG21@GMAIL.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:***
PRIMARIA					***SECUNDARIA***				***MEDIA***		***FECHA DE GRADO***
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 11 AÑO 2017

EDUCACION 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***				
PRESENCIAL	14	X		MEDICO GENERAL	12	2	0	2	4	1192798652

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IIDIIOMA	***LO HABLA***			***LO LEE***			***LO ESCRIBE***		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLES		X				X		X	

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***

DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***

TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO***	***FECHA DE RETIRO***
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	***DEPENDENCIA***	***DIRECCIÓN***

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***
CLINICA DE LA COSTA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***
ATLANTICO	BARRANQUILLA	

TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO***	***FECHA DE RETIRO***
3363778	DÍA 01 MES 12 AÑO 2023	DÍA 30 MES 11 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	***DEPENDENCIA***	***DIRECCIÓN***
MEDICO INTERNO	TODOS LOS SERVICIOS	CRA 50#80-90

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***

DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***

TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO***	***FECHA DE RETIRO***
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	***DEPENDENCIA***	***DIRECCIÓN***

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***

DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***	***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***

TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO***	***FECHA DE RETIRO***
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	***DEPENDENCIA***	***DIRECCIÓN***

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1 AÑO	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1 AÑO	

5 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 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 SANTA MARTA MAGDALENA , 20-03-2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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