



## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                        |  |                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Davila                                                                                                                |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Jimenez                                                                                                              |  | NOMBRES<br>Luis David                                                                                   |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1006888133 |  | GÉNERO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <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.                                                                                                                                            |  |                                                                                                         |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 14 MES 08 AÑO 2001<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO LA GUAJIRA<br>MUNICIPIO MAICAO                     |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 29 328 22<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO EMAIL luisddavilaj10@gmail.com |  |                                                                                                         |  |

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b><br>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 )                                                                                                                                                                                                        |                         |          |    |                                          |             |      |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|----|------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
| <b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b><br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURADO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br>TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)<br>ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9                       | X        |    | ENFERMERIA                               | 11          | 2023 | 61626                      |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

|                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO</b><br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURADO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:<br>INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO) |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

4

## IDIOMAS

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

5

### EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                              |              |     |         |     |                            |                                              |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------|----------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                              | 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                                          | 01           | Mes | 01      | Año | 2025                       | Día                                          | 31 | Mes | 03 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERO                                    |  |  | DEPENDENCIA<br>UCI NEONATAL Y PROGRAMA CANGU |              |     |         |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 Cra. 14 #23-42 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                              |              |     |         |     |                            |                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                              | 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                                          | 01           | Mes | 11      | Año | 2024                       | Día                                          | 31 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERO                                    |  |  | DEPENDENCIA<br>UCI NEONATAL Y PROGRAMA CANGU |              |     |         |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 Cra. 14 #23-42 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                              |              |     |         |     |                            |                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                              | 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                                          | 01           | Mes | 09      | Año | 2024                       | Día                                          | 31 | Mes | 10 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERO                                    |  |  | DEPENDENCIA<br>UCI NEONATAL Y PROGRAMA CANGU |              |     |         |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 Cra. 14 #23-42 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                              |              |     |         |     |                            |                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA           |                                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                     |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                              |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6054365                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     |                            | FECHA DE RETIRO                              |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                          | 15           | Mes | 07      | Año | 2024                       | Día                                          | 31 | Mes | 08 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1958 1 2010 ENFERMERA                        |  |  | DEPENDENCIA<br>UCI NEONATAL Y PROGRAMA CANGU |              |     |         |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42                |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

### 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: |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |

7

### 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            | 0                     | 8     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

### 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

Marzo 14, 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

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*

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)