



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 <u>Martínez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Pacheco</u>	NOMBRES <u>Geovanny Polo</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>56718424</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD PAÍS <u>Colombia</u> COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO <u> </u> D.M. <u> </u>		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>20</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1977</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> MUNICIPIO <u>Sta Fe</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 22 # 6-31</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> MUNICIPIO <u>Sta Fe</u> TELÉFONO <u>3008682662</u> EMAIL <u>polmonte@gmail.com</u>

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	11	MES	AÑO		
										X	11	1997		
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)														
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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								TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO								MES	AÑO	
UN	14	X		Medico cirujano								02	2008	56718424
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		

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 Clínica Helguera	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Sta. Rita	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD palmorita@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 06 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Médico	DEPENDENCIA Hospitalización	DIRECCIÓN Calle 22 # 13A-09	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Seguridad policía Nacional	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Sta. Rita	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 04 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 05 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Médico	DEPENDENCIA Consulta externa	DIRECCIÓN Calle 26 # 23-51	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Salud distrital	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Sta. Rita	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 12 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Médico	DEPENDENCIA CRUE	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Clínica de la Esperanza	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Sta. Rita	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 10 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 09 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Médico - HSA	DEPENDENCIA Urgencias, felodipina	DIRECCIÓN Calle # 21-16 Sta. Rita	

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 NUMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	

5 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

Ita y Ita 10-12-2024
Cristóbal Yajay

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