FORMATO COMPLETO

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*
Matos	Romero	Tomas Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 85460399

SEXO F ( ) M (X)

NACIONALIDAD COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 85460399 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 11 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CESAR

MUNICIPIO ASTREA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS _____ DEPTO _____

MUNICIPIO _____

TELÉFONO _____ EMAIL tomasalfonsomatosromero@gmail.

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	1988

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION INTEGRAL VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	12	2022
VIRTUAL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO	12	2022

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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*

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 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 13	*Mes* 07	*Año* 2018	*Día*	*Mes*	*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			*DIRECCIÓN* - CRA 24 CALLE 14-73		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA		
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*		
	Día 13	*Mes* 07	*Año* 2011	*Día* 14	*Mes* 07	*Año* 2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CAMILLERO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN* Sin dirección		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA		
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*		
	Día 14	*Mes* 02	*Año* 1996	*Día* 14	*Mes* 03	*Año* 2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL CAMILLERO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN* Sin dirección		

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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:*		*Año:*	
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	4	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	0

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 AGOSTO 2024

Tomás Mesa

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner