



## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>CAMARGO                                                                                                                      | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>LOPEZ                                                                                                                                            | NOMBRES<br>CESAR DE JESUS                                                                                     |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 79266362 | GENERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>                                                                             | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>                                     | NÚMERO<br>79266362                                                                                                                                                                 | D.M. 52                                                                                                       |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 22 MES 04 AÑO 1962<br>PAÍS<br>COLOMBIA<br>DEPTO<br>MAGDALENA<br>MUNICIPIO<br>SANTA MARTA            | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>cra 4 ta A # 30-64<br>PAÍS<br>COLOMBIA<br>DEPTO<br>MAGDALENA<br>MUNICIPIO<br>SANTA MARTA<br>TELÉFONO<br>4350569<br>EMAIL<br>cecamargol@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 |                | BÁSICA SECUNDARIA |      |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA |                 | FECHA DE GRADO |                   |      |  |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES             | 11             | AÑO               | 1975 |  |

## EDUCACIÓN 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  |                            |
| PREGRADO            | 3                       | X        |    | TECNICA PROFESIONAL EN ADMINISTRACION TURISTICA | 09          | 1988 |                            |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN                | MODALIDAD                                     | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS                                                                     | TERMINACIÓN |      |
|----------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|----------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
|                            |                                               |                 | SI       | NO |                                                                                                                | MES         | AÑO  |
| SENA                       | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 50              | X        |    | INFORMATICA BASICA                                                                                             | 12          | 1999 |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20              | X        |    | SEMIARIO DE CTUALIZACION EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD APLICADO A EPS                                           | 05          | 2000 |
| UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 4               | X        |    | ATENCION AL CLIENTE Y COMUNICACION EN LA GESTION                                                               | 06          | 2003 |
| GESCON - ASOMEGA           | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120             | X        |    | DIPLOMADO DE AUDITORIA DE CUENTAS Y FACTURACION DE                                                             | 05          | 2006 |
| SENA                       | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO |                 | X        |    | NIVEL AVANZADO - Facturar los servicios de salud prestados segun pagador, tipo de contrato y normativa vigente | 08          | 2017 |
| SENA                       | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO |                 | X        |    | NIVEL AVANZADO- Admitir personas al servicio segun normativa de salud                                          | 09          | 2017 |
| SENA                       | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1500            | X        |    | GESTION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD                                                                   | 09          | 2019 |

4

### IDIOMAS

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                         |  |  |                                                        |              |     |         |                            |                                             |     |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--------------|-----|---------|----------------------------|---------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                               |  |  |                                                        |              |     |         |                            |                                             |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍ<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6054346262                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                             |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 04           | Mes | 04      | Año                        | 2025                                        | Día |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUTORIZACIONES                               |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE AUTORIZACIONES                  |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42               |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                               |  |  |                                                        |              |     |         |                            |                                             |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍ<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6054346262                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                             |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 07           | Mes | 01      | Año                        | 2025                                        | Día |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>APOYO ADMININISTRATIVO                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS            |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42               |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |                            |                                             |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍ<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3017555038                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                             |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 30           | Mes | 09      | Año                        | 2024                                        | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>10436 APOYAR A LA SUB DIRECCIO               |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42               |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |                            |                                             |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍ<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>346262                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                             |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 05           | Mes | 08      | Año                        | 2024                                        | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ANALISTA AUTORIZACIONES                      |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |                            |                                             |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                            | PAÍ<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                             |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |                            | FECHA DE RETIRO                             |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 08           | Mes | 07      | Año                        | 2024                                        | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ANALISTA DE AUTORIZACIONES                   |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                         |  |  |                                                        |              |     |         |     |                               |     |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|-------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |     |                               |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 06           | Mes | 06      | Año | 2024                          | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE                  |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERECIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |     |                               |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 01           | Mes | 04      | Año | 2024                          | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE                  |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |     |                               |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 02           | Mes | 03      | Año | 2024                          | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE                  |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINIS- FINANCIER          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |     |                               |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 19           | Mes | 02      | Año | 2024                          | Día | 29 | Mes | 02 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE                  |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |         |     |                               |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍ<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 10           | Mes | 10      | Año | 2023                          | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE                  |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |              |     |                                                                            |     |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|----------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>COLOMBIA                                                            |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 07           | Mes | 06           | Año | 2023                                                                       | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA INDEPEDIENTE                     |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES                                |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |              |     |                                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>COLOMBIA                                                            |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3017555038                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 07           | Mes | 03           | Año | 2023                                                                       | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA INDEPENDIENTE                    |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES                                |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |              |     |                                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>COLOMBIA                                                            |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 01           | Mes | 02           | Año | 2023                                                                       | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA - INDEPENDIENTE                  |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |              |     |                                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND                        |  |  |                                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>COLOMBIA                                                            |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3106452030                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 20           | Mes | 06           | Año | 2022                                                                       | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR                                   |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE LABORATORIO CLINICO             |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- a 24-289, Av. El Libertador ##24147, Santa Marta, Magdalena |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                                        |              |     |              |     |                                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA MAR CARIBE COLSALUD S.A                    |  |  |                                                        | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                                                            |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                               |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6054206465                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                                    | 01           | Mes | 01           | Año | 2005                                                                       | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR CUENTAS POR PAGAR                   |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DIRECCION FINANCIERA               |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 21 18A 103                                              |     |    |     |    |     |      |

**FORMATO ÚNICO**

**HOJA DE VIDA**

**Persona Natural**

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                |  |  |                                             |              |     |              |     |                                       |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|---------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA MARCARIBE COLSALUD S.A                       |  |  |                                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                       |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4206464                                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                       |     |    |     |    |     |      |
|                                                                           |  |  | Día                                         | 12           | Mes | 10           | Año | 2006                                  | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADORA Y ANALISTA DE CUEN                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CALLE 21 N° 18 A 103   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                |  |  |                                             |              |     |              |     |                                       |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE   |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍ<br>COLOMBIA                       |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                       |     |    |     |    |     |      |
|                                                                           |  |  | Día                                         | 01           | Mes | 09           | Año | 2001                                  | Día | 04 | Mes | 09 | Año | 2003 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR                                     |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION Y FACTURACION |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- Cra. 14 #23-42,        |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                |  |  |                                             |              |     |              |     |                                       |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ACTIVOS S.A. - UNIMEC EPS S.A                        |  |  |                                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                       |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>954204243                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                       |     |    |     |    |     |      |
|                                                                           |  |  | Día                                         | 05           | Mes | 06           | Año | 1997                                  | Día | 22 | Mes | 06 | Año | 2000 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>RECOBROS                                       |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA - CARTERA     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- AV LIBERTADOR N° 22-30 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                |  |  |                                             |              |     |              |     |                                       |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>BONSALUD S.A                                         |  |  |                                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                       |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                       |     |    |     |    |     |      |
|                                                                           |  |  | Día                                         | 07           | Mes | 05           | Año | 1997                                  | Día | 07 | Mes | 05 | Año | 1997 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR DE USUARIOS                             |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE ASESORIAS            |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- CALLE 23 N° 1C-59      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                |  |  |                                             |              |     |              |     |                                       |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>A TIEMPO LTDA - BBVA HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS |  |  |                                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍ<br>COLOMBIA                       |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                       |     |    |     |    |     |      |
|                                                                           |  |  | Día                                         | 12           | Mes | 09           | Año | 1994                                  | Día | 04 | Mes | 12 | Año | 1995 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR COMERCIAL                               |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATVIA -COMERCIAL    |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- Cra. 5 #24-43 L-2,     |     |    |     |    |     |      |

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:               |  |  |  |
| AREA 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            | 4                     | 9     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 20                    | 3     |
| 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

*Santa Marta, Julio del 2025*

*[Firma]*  
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*