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
Molinares	Escobar	Enid Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082955293

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 09 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 29I15 22 VILLA ALEJANDRIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3016210 EMAIL em_molinares@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓNBÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA XEL 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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓNSUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO ENESTRICTO ORDENCRONOLÓGICO, 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 (SIÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD	12	2015	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	09	2013	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SUEXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓNDE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDENCRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZBARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0418 DE 2013 ASESORA	*DEPENDENCIA* AREA ADM - AUDITORIA DE CUENTAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 23A 42 NORTE comuna 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTANDER HERRERA - PIVIJAY			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PIVIJAY					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADO DE AUDITORIA INTERNA	*DEPENDENCIA* AREA ADM - AUDITORIA DE CUENTAS					*DIRECCIÓN* 14 # 12 46 CALLE 14 N # 12 46 CALLE 14 N # 12 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SONREIR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA ENFACTURACION	*DEPENDENCIA* AUDITORIA Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* - 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA INMACULADA IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR(A) TECNICO JEFE DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 5 10 SEVILLA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CASALUD IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4210319	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 22 18A 21						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ZONA BANANERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145978884	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2016	*Día*	29	*Mes*	09	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ASESOR ADMNISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 5 10 04 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* ZONA BANANERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* AISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 5 null SEVILLA						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA GACE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	02	*Mes:*	01	*Año:* 2019	*Día:*	30	*Mes:*	06	*Año:*	2020	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CRA 32 No 32-08						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION EDUCATIVA TECNICA CEOTES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	15	*Mes:*	01	*Año:* 2018	*Día:*	07	*Mes:*	02	*Año:*	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 11 - 10 09						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SUEXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	8	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	9

6 FIRMADEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE S I 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 15 de julio de 2025*



7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓNAQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HANSIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS