El servicio público es de todos | Función Pública

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
DIAZGRANADOS	AMAYA	ANGELICA MARÍA DE JESÚS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ◉ C.E ○ PAS ○ No. 49775178	F ◉ M ○	COL. ◉ EXTRANJERO ○	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 08	MES 09	AÑO 1973	Calle 6B No. 13B-23 Apartamento 202 Ciudad Jardin			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Cesar
DEPTO	Magdalena			MUNICIPIO	VALLEDUPAR		
MUNICIPIO	CIÉNAGA			TELÉFONO	3157045300	EMAIL	angelicadiazgranados@yahoo.es

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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: BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1991

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	
UN	12	X		MEDICINA	07	1997	
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	12	1999	
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN DISEÑO Y EVALUACION DE PROYECTOS	03	2007	
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA FINANCIERA DE SERVICIOS DE SALUD	09	2008	
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN SISTEMAS DE CALIDAD Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	06	2016	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	VALLEDUPAR	recursohumano@hrplopez.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5710729	DÍA 25 MES 06 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado Area Salud	DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL	Calle 16 No. 17-141

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GOBERNACIÓN DEL CESAR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	VALLEDUPAR	gestionhumana@cesar.gov.co.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5788230	DÍA 11 MES 08 AÑO 2010	DÍA 21 MES 06 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado		Transversal 18 No. 19-65.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ORGANIZACIÓN MEDICA SANTA ISABEL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	VALLEDUPAR	comunicaciones@clinicaintegral.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5803535	DÍA 02 MES 11 AÑO 2002	DÍA 08 MES 07 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GERENTE	GERENCIA	Carrera 19 No. 14-47

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cesar	VALLEDUPAR	recursohumano@hrplopez.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5710729	DÍA 02 MES 01 AÑO 2001	DÍA 26 MES 11 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Universitario		Calle 16 No. 17-141

4 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 _____



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.