FORMATO ÚNICO

# 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* |
|---|---|---|
| Vega | Diaz | Jose Antonio |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 12539713 | *SEXO*: F ○ M ⊗ | *NACIONALIDAD*: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | *PAÍS*: COLOMBIA

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 18 MES 11 AÑO 1954

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Barrio La Esperanza CASA LA ESPERANZA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL joselitovega@outlook.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* | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° X | MES | 12 | AÑO | 1977 |

***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).

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* |
| ESPAÑOL | | X | | | X | | | X | |

## 3 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* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 07 | *Año* | 2018 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 07 | *Año* | 2011 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 4 - 26A 71 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOP ASISTENCIA CTA. | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 27 | *Mes* | 12 | *Año* | 2006 | *Día* | 12 | *Mes* | 07 | *Año* | 2011 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AAUXIIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 4 - 26A 71 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* | 2003 | *Día* | 10 | *Mes* | 09 | *Año* | 2003 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXIIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* | 1996 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 1999 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXIIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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: | | 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 | 3 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 11 | 2 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 5 | 8 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 20 | 3 |

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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, 26-03/2024.

José Antonio Reyes.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*