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
MARQUEZ	BUSTAMANTE	SANTANDER ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12543031	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 206020 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 26 MES 06 AÑO 1959	CALLE 21 22 110			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	4206859	EMAIL	santandermarquez@gmail.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°	1X1°	MES	12	AÑO	1976

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X					556
POSTGRADO	2	X			06	1999	556
PREGRADO	12	X					556
PREGRADO	12	X			03	1986	556

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)

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO SEGURO SOCIAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4230376	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2004	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DEPARTAMENTO	*DEPENDENCIA* ;47						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 26A 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	08	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCACEREZ					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3436420,34	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 1998	*Día*	23	*Mes*	03	*Año*	1999	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA;47					*DIRECCIÓN* CALLE 26B CARRERA 5 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3436420,34	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	03	*Año* 1998	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	1998	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 26B CARRERA 5 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPES COSTA ATLANTICA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3436420,34	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	07	*Año* 1993	*Día*	14	*Mes*	01	*Año*	1994	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* SECTOR SALUD;47					*DIRECCIÓN* 00000						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPES COSTA ATLANTICA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3436420,34	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	01	*Año* 1993	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	1993	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* SECTOR SALUD					*DIRECCIÓN* 00000						

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:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

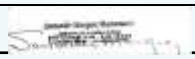
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	22	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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, Magdalena 29/10/2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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