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
Cabas	Sanchez	Margarita de Jesus

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ( ) PAS ( ) No. 57429493

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 17 MES 10 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 16 23 40 barrio los alcazares

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4218478 EMAIL marcasanurse@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 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	05	2013	
POSTGRADO	4	X		DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION	04	2023	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	1993	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLÉS	X				X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PERFECT BODY MEDICAL CENTER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4237101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 15 110 barrio jardin					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 los alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE (CEHOCA)			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4209981	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR	*DEPENDENCIA* COORDINACION DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CALLE 22 15 110					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD : FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4230000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2007	*Día*	20	*Mes*	05	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4480 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 null null VIA AL RODADERO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFESALUD - CLINICA ESIMED			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4230000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2006	*Día*	29	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CALLE 14 24 107					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209697	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	09	*Año* 2004	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE SERVICIOS HOSPITALARIO					*DIRECCIÓN* CARRERA 5A 21 null ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE COLSALUD S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4206465	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año* 2004	*Día*	05	*Mes*	10	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DE	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 22 carrera 19 esquina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CHICAMOCHA S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6929992	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año* 2001	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 40 27A 22					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD : FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6399292	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	12	*Año* 1997	*Día*	16	*Mes*	01	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 115A null null municipio de florida blanca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 1997	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	1997
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA HOSPITALARIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 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 UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4368060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	06	*Mes:*	10	*Año:*	2009	*Día:*		*Mes:*		*Año:*
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* ANILLO VIAL - TRONCAL DEL CARIBE				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - BUCARAMANGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 6978500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	08	*Mes:*	09	*Año:*	1998	*Día:*	17	*Mes:*	08	*Año:* 2000
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 27 - CABECERA DEL LLANO				

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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	25	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	26	2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

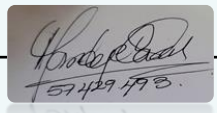
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 Agosto 7 de 2024

7 **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