Libertad y Orden

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
SANCHEZ	PINEDA	CAMILO ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.083.045.881 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO 1739762999 — D.M 012

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 06 AÑO 1,9,9,9

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: URB. PRIVILEGIO MZ B CASA 1

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3244131306 — EMAIL: CAMILOSANZP@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 1,1 AÑO 2,0,1,5
									X	

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO GENERAL	10	2 0 2 3	1083045881

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

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD AMI ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA		*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ATENCIONCLIENTE03@AMIASISTENCIA.COM	
TELÉFONOS 3106753533	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0,3 MES 0,9 AÑO 2,0,2,5		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL AMBULANCIA		*DIRECCIÓN* CL. 22 #19C-08	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA* 	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* WEBMASTER@HUJMB.GOV.CO	
TELÉFONOS (605) 4372167	*FECHA DE INGRESO* DÍA 1,2 MES 0,4 AÑO 2,0,2,5		*FECHA DE RETIRO* DÍA 1,0 MES 0,7 AÑO 2,0,2,5	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIAS		*DIRECCIÓN* CR. 14 # 23-42 BRR LOS ALCAZARES	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA MUJER		*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* SISTEMAS@CLINICADELAMUJERSA.COM.CO	
TELÉFONOS (5) 4204089 EXT. 231	*FECHA DE INGRESO* DÍA 1,6 MES 1,2 AÑO 2,0,2,4		*FECHA DE RETIRO* DÍA 2,8 MES 0,2 AÑO 2,0,2,5	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIAS		*DIRECCIÓN* CL. 22 #21-16	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA ANASHIWAYA IPSI		*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	*MUNICIPIO* RIOHACHA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* IPSI_ANASHIWAYA@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS 3183417529	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0,1 MES 1,1 AÑO 2,0,2,3		*FECHA DE RETIRO* DÍA 1,3 MES 0,9 AÑO 2,0,2,4	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL / RURAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS / HOSPITALIZACION		*DIRECCIÓN* CR. 10# 14-21	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	0	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	11

5 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 Santa marta, Magdalena 10 /02/26

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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