FORMATOÚNICO

HOJADEVIDA

Persona Natural

(Leyes190de1995,489y443de1998)

ENTIDADRECEPTORA

1 DATOSPERSONALES

PRIMERAPELLIDO	SEGUNDOAPELLIDO(ODECASADA)	NOMBRES
NUÑEZ	HERNANDEZ	ANDRESJOSE

DOCUMENTO DEIDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No.79571662	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETAMILITAR

PRIMERACLASE ( ) SEGUNDACLASEX ( ) NÚMERO 79571662 D.M.55

FECHAYLUGARDENACIMIENTO		DIRECCIÓNDECORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 07 MES 04 AÑO 1973		-MANZANAACASA16URBANIZACIONSANTALUCIA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	
DEPTO	BOGOTÁ.D.C.		MAGDALENAMUNICIPIO	SANTAMARTA	
MUNICIPIO	BOGOTÁ.D.C.	TELÉFONO	4379127	EMAIL	ajnh1@hotmail.com

2 FORMACIÓNACADÉMICA

EDUCACIÓNBÁSICAYMEDIA

MARQUECONUNAXELÚLTIMOGRADOAPROBADO(LOSGRADOSDE1o.A6o.DEBACHILLERATOEQUIVALEN ALOSGRADOS6o.A11o.DEEDUCACIÓNBÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓNSUPERIOR(PREGRADOYPOSTGRADO)

DILIGENCIEESTEPUNTOENESTRICTOORDENCRONOLÓGICO,ENMODALIDADACADÉMICAESCRIBA:

TC(TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE**(TECNÓLOGICAESPECIALIZADA) **UN**(UNIVERSITARIA)

ES(ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)RELACIONEALFRENTEELNÚMERODELATARJETAPROFESIONAL(SIÉSTAHASIDO PREVISTAENUNALEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBREDELOSESTUDIOSOTÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No.DETARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	06	1996	312

3 EDUCACIÓNPARAELTRABAJOYELDESARROLLO

EDUCACIÓNPARAELTRABAJOYELDESARROLLOHUMANO

DILIGENCIEESTEPUNTOENESTRICTOORDENCRONOLÓGICO;ENLAMODALIDAD,ESCRIBA:

INF(EDUCACIÓNINFORMAL) **TR_DES**(EDUCACIÓNPARAELTRABAJOYELDESARROLLOHUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No.TOTALHORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOSESTUDIOSOTÍTU LOSOBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATOÚNICO

HOJADEVIDA

Persona Natural

(Leyes190de1995,489y443de1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUELOSIDIOMASDIFERENTESALESPAÑOLQUE:HABLA,LEE,ESCRIBEDEFORMA,REGULAR(**R**),BIEN(**B**)O MUYBIEN(**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LOLEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIALABORAL

RELACIONESUEXPERIENCIALABORALODEPRESTACIÓNDESERVICIOSENESTRICTOORDENCRONOLÓGICOCOMENZANDOPORELACTUAL

EMPLEOOCONTRATOVIGENTE												
EMPRESAOENTIDAD CENTROHOSPITALARIODELCARIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTAMARTA					*CORREO ELECTRÓNICOENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHADE INGRESO*						*FECHADERETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGOOCONTRATOACTUAL ´MEDICOGENERALENELHOSPITAL	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"					*DIRECCIÓN* CALLE221520						
EMPLEOOCONTRATOANTERIOR												
EMPRESAOENTIDAD FUNDACIONCARDIOVASCULAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTAMARTA					*CORREO ELECTRÓNICOENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHADE INGRESO*						*FECHADERETIRO*					
	Día	22	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGOOCONTRATOACTUAL ´MEDICOGENERALENELHOSPITAL	*DEPENDENCIA* INTERHOSPITALARIA					*DIRECCIÓN* CARRERA42671						
EMPLEOOCONTRATOANTERIOR												
EMPRESAOENTIDAD UNIDADMATERNOINFANTILSANTAANA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTAMARTA					*CORREO ELECTRÓNICOENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHADE INGRESO*						*FECHADERETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGOOCONTRATOACTUAL ´MEDICOGENERALENELHOSPITAL	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"					*DIRECCIÓN* CALLE221565						

FORMATOÚNICO

HOJADEVIDA

Persona Natural

(Leyes190de1995,489y443de1998)

6 EXPERIENCIALABORALDOCENTE

EXPERIENCIASDELDOCENTE											
INSTITUCIÓNEDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREOELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHADE INGRESO*						*FECHADERETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREADECONOCIMIENTO	*NIVELEDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

7 TIEMPOTOTALDEEXPERIENCIA

INDIQUEELTIEMPOTOTALDESUEXPERIENCIALABORALENNÚMERODEAÑOSYMESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DEEXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADODELSECTORPRIVADO	9	4
TRABAJADORINDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIADOCENTE	0	0

8 FIRMADELSERVIDORPÚBLICOOCONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DELORDEN CONSTITUCIONAL OLEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONLA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SONVERACES,(ARTÍCULO5o.DELALEY190/95).

CiudadyfechadediligenciamientoSantaMarta junio 1 del 2026

FIRMADELSERVIDORPÚBLICOOCONTRATISTA

FORMATOÚNICO

HOJADEVIDA

Persona Natural

(Leyes190de1995,489y443de1998)

9 **OBSERVACIONESDELJEFEDERECURSOSHUMANOSY/OCONTRATOS**

CERTIFICOQUELAINFORMACIÓNAQUÍSUMINISTRADAHASIDOCONSTATADAFRENTEALOSDOCUMENTOSQUEHANSIDOPRESENTADOSCOMOSOPORTE.

Ciudadyfecha

NOMBREYFIRMADELJEFEDEPERSONALODECONTRATOS