FORMATO ÚNICO

Libertad y Orden

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
DELGHANS	CORZO	EDUARDO JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1234091335	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1706534487 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 04 AÑO 1998	CALLE 12 null null # 26B - 56 Conjunto Villas Del Libertador			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	4354274	EMAIL	e_duardo98@hotmail.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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2022	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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: 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: 02		Mes: 03		Año: 2023		Día:		Mes:		Año:	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42					
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	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 04		Mes: 01		Año: 2023		Día:		Mes:		Año:	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA: AREA DE URGENCIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	11	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 null null #23-42						
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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA null null null 14 #23-42						
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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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 3004423360	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 3004423360	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	09	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA MEDICO DE URGENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

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	04	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA MEDICO DE URGENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

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	02	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA MEDICO DE URGENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

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	02	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA MEDICO DE URGENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

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	02	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	DEPENDENCIA MEDICO DE URGENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	05	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* MEDICO DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
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*	06	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE URGENCIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

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*					

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	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 - 19/05/2026

Eduardo Delgham

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