FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GIL	MIER	VALENTINA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004349912	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 02 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 123 2 51 CASA No 4 CONJUNTO VIÑA DEL MAR BARRIO BELLO HORIZONTE

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 6054255155 EMAIL valentinagilmier@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°	11°	MES	12	AÑO	2017

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	11	2023	1004349912

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)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		IAMI	02	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		AIEPI	02	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		ATENCION INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO	02	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		SOPORTE VITAL AVANZADO RCP (ACLS)	01	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CODIGO FUSCIA	01	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS DE DUELO CON ENFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL	01	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		MENEJO INICIAL DEL PACIENTE QUEMADO	01	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE QUEMADURA CON AGENTES QUIMICOS	01	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		COMPETENCIAS ESENCIALES PARA EL CUIDADO DEL DONANTE	12	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION POCT	12	2023

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTYE VITAL BASICO RCP (BLS)	11	2023

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*
INGLÉS	X			X			X		

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 3016154343	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS				*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 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	15	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIAS	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS				*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	04	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL DE URGENCIAS		*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					*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 6054346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL -		*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					*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 6054346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL		*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3330334413		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		*DEPENDENCIA* ADMINSTRATIVA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 24 147 AVENIDA LIBERTADOR No. 24 - 147					
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*	12	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO INTERNO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	2	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	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, 20 de mayo de 2026

Valentina Gil Mier

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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