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
MIRANDA	FERNANDEZ	JOSE DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 73083676	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 73083676 D.M. 4

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 27 MES 12 AÑO 1959	CALLE 5 SUR 26 26 CONJUNTO conjunto casibare 2			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	BOLÍVAR	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	CARTAGENA DE INDIAS	TELÉFONO		EMAIL	josemiranda_12@hotmail.com

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°	1X°	MES	11	AÑO	1977

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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD	07	2021	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	1987	SI

3 EDUCACION 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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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*

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 DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3313519339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 15 15 30					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	12	*Año*	2024	*Día*	28	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 15 15 30					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3135193399	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 15 30					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086611610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	12	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 15 30					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 15A 33 BARRIO EL ESTERO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 608664722	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	28	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* 4143.20. SUBSECRETARIA ADMINISTRATIVA Y					*DIRECCIÓN* CARRERA 41 33 11					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	28	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA"					*DIRECCIÓN* CALLE 33 33 34 TERCER PISO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PRIMAVERA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6604000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*	17	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y					*DIRECCIÓN* BARZAL CALLE35035-20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS CLINICA MEDICO FAMILIAR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6848334	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	17	*Mes*	09	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 60 43 28 PORFIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COASESORES - SOLSALUD EPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL ABOGADA COORDINACION ADMINISTR	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA"					*DIRECCIÓN* CALLE 40 34 16						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TOPTEAM GESTION HUMANA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6012542258	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2009	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION ADMINISTRAIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 85 11A 26 PISO 5						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Villavicencio - Mayo-25-2026

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