



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 Sandoval		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Bolívar		NOMBRES Juan Emilio	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 8667553		GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 8667553		D.M. 10	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1957"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 25N 64 09 casa los andes		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 3463749		EMAIL juanemiliosandoval@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 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	1977	
										<input checked="" type="checkbox"/>					

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	06	1984	

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)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE SALUD				<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA				<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA				<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i> 3106569461			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	20	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA				<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ODONTOLOGO (A)			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	31	Mes	05	Año	2008	Día	03	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGO					DIRECCIÓN CARRERA 19 25 41						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	05	Año	2008	Día	31	Mes	07	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 16						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE FLORESTA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	05	Año	2008	Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 19 25 41						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	05	Año	2008	Día	30	Mes	06	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 19 25 41						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	05	Año	2008	Día	30	Mes	04	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	30	Mes	05	Año	2008	Día	31	Mes	01	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 19N 25 41						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día:	30	Mes:	05	Año:	2008	Día:	31	Mes:	01	Año:	2018
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12	1
EXPERIENCIA DOCENTE	9	8

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 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 _____

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.667.553**

SANDOVAL BOLIVAR

APELLIDOS

JUAN EMILIO

NOMBRES

Juan Emilio Sandoval Bolivar
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1957**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

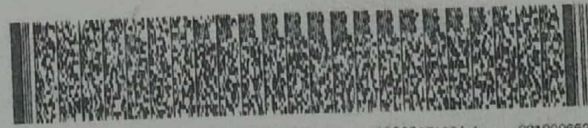
A+
G.S. RH

M
SEXO

17-ENE-1976 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0300150-00145800-M-0008887553-20090107

0009337223A 1

3310006621

2. Concepto 0 2 Actualización
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14685882024



(15)7707212489981(8020)0000014685882024

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 6 6 7 5 5 3 - 3
6. DV: 3
12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2
25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3
26. Número de identificación: 8 6 6 7 5 5 3
27. Fecha expedición: 1 9 7 6 0 1 1
Lugar de expedición: COLOMBIA
28. País: 1 6 9
29. Departamento: Atlántico
30. Ciudad/Municipio: Barranquilla
31. Primer apellido: SANDOVAL
32. Segundo apellido: BOLIVAR
33. Primer nombre: JUAN
34. Otros nombres: EMILIO
35. Razón social:
36. Nombre comercial:
37. Siglo:

UBICACION

38. País: COLOMBIA
39. Departamento: Atlántico
40. Ciudad/Municipio: Barranquilla
41. Dirección principal: CR 25 64 09
42. Correo electrónico: jdsandovalcoello@gmail.com
43. Código postal: 3 2 3 0 2 6 8
45. Teléfono 2: 3 1 0 6 5 6 9 4 6

CLASIFICACION

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código: 8 6 2 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 0 6 0 4	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2	51. Código:	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0
20- Obtención NIT

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			57. Modo			
													58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.
Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 2 0 0 3 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Juan Sandoval

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SANDOVAL BOLIVAR JUAN EMILIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE



Función Pública



FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 8.667.553 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Atlantico Municipio BARRANQUILLA

Dirección CARRERA 25 #64-09 Teléfonos 3106569461

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

Table with 3 columns: NOMBRES Y APELLIDOS, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

Table with 2 columns: CONCEPTO, VALOR. Includes rows for SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES, CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS, GASTOS DE REPRESENTACION, ARRIENDOS, HONORARIOS, OTROS INGRESOS Y RENTAS, and a TOTAL row.

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

Table with 5 columns: ENTIDAD FINANCIERA, TIPO DE CUENTA, NUMERO DE LA CUENTA, SEDE DE LA CUENTA, SALDO DE LA CUENTA. Includes row for DAVIVIENDA.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Table with 3 columns: TIPO DE BIEN, IDENTIFICACION DEL BIEN, VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ -
		\$ -

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

		CALIDAD DE

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

c) En la actualidad:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE			DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
OLGA LUZMILLA COELLO LEMA			N° 420707
	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES		FORMA DE PARTICIPACION

JUAN SANDOVAL

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soledad, 01 MARZO 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-GAP

Resultado General -2025-03-06→8:03:18 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	8667553	JUAN	EMILIO	SANDOVAL	BOLIVAR	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR** identificado(a) con CC 8667553 registra La siguiente información:
2025-03-06→8:03:18 AM Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Extranjero	Odontología	1987-07-13	9212	Colegio Colombiano de Odontólogos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA ATLÁNTICO PIOJÓ	1985-03-04	1986-04-05	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Odontología	Colegio Colombiano de Odontólogos

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION BARRANQUILLA	SUCURSAL BARRANQUILLA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 85-03-101005934	ANEXO No. 4
TOMADOR JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR			CC	8.667.553
DIRECCION CR 25 NRO. 64 - 09			CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
ASEGURADO JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR			TELEFONO	3186566
DIRECCION CR 25 NRO. 64 - 09			CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			CC	8.667.553
			TELEFONO	3186566
			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 28 / 01 / 2025		VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 05 / 01 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 05 / 01 / 2026
		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 05 / 01 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 05 / 01 / 2026
INTERMEDIARIO OSORIO JARAMILLO ASESORES DE SEGURO	CLAVE 194628	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: ODONTOLOGÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 50,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 50,000,000.00		\$ 10,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 5,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****50,000,000.00	PRIMA:	\$ *****96,708.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****18,374.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****115,082.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 58 NO. 70-136, TELÉFONO 3681078 - BARRANQUILLA
HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E RC.001A. D001, ADJUNTA.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA PAGO:
1101360989102-3

[Signature]

85-03-101005934

[Signature]

YAMILEMANOTAS
FRMA AUTORIZADA
CLIENTE
TCR: MCCR

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 8667553 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 06/03/2025 09:07 AM



Código Verificación: **2BJDWC9FTR**

Válida hasta: **04/06/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 2538/2014
E-MAIL: rdelacruzmendez1@gmail.com
Barranquilla - Atlántico
Dirección: Calle 41 # 22 - 71. Celular:3006760217

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR **Id:** CC 8667553
Fecha de nacimiento: 1957-05-05 **Edad:** 65 años **Genero:** M
Dirección: Kra 25 #64-09 - Barranquilla **Telefono:** 3106569461
Estatura (cms): 165 **Peso (kgs):** 80 **Imc:** 29.4 - SOBREPESO
Empresa: PARTICULAR
Dirección: KRA 25 #64-09
Cargo: CONTRATISTA **Fecha de realización:**16-12-2022



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

CONCEPTO:

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Control anual por optometría-,Dieta baja en grasa y carbohidratos-,Ejercicio fisico moderado-,Estilos de vida saludables-,Fomento del autocuidado-,Higiene postural-,Ingresar al plan de pve-,Pausas activas-,Posiciones ergonómicas-,Uso de epp de acuerdo al cargo

OBSERVACIONES

Debe laborar con lentes de correccion visual permanentes

RESTRICCIONES LABORALES

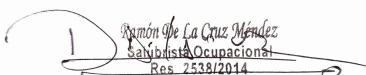
No restricciones laborales

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

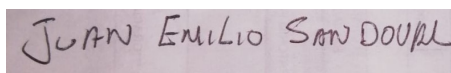
Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	X	Psicosocial	Respiratorio	Visual	X	Otros
----------	----------------	------------	------------	---	-------------	--------------	--------	---	-------

REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X
----------	----	----	---	--------------	----	----	---	--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.


Ramón De La Cruz Mendez
Salubrista Ocupacional
Res. 2538/2014

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo.
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico


JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR

Trabajador: JUAN EMILIO SANDOVAL BOLIVAR
CC 8667553

Dirección: Calle 41 #22 - 71

Teléfono: 3006760217

E-mail: rdelacruzmendez1@gmail.com