



# FORMATO ÚNICO

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Cervantes		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Santiago		NOMBRES Angelica Maria	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1129503446			GÉNERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="03"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="1988"/> PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/> DEPTO <input type="text" value="ATLÁNTICO"/> MUNICIPIO <input type="text" value="BARRANQUILLA"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 10A 42 36 casa Manuela Beltran PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/> DEPTO <input type="text" value="ATLÁNTICO"/> MUNICIPIO <input type="text" value="SOLEDAD"/> TELÉFONO <input type="text" value="3002916053"/> EMAIL <input type="text" value="angiecervantes25@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	MES	12	AÑO	2008

### 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	2	X			12	2014	

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)

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

**4 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

**5 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 ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEIDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	07	Año	2023	Día	21	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO - CONTRATISTA OPS			DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CALLE 41 17 27						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	01	Año	2022	Día	10	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO - CONTRATISTA OPS			DEPENDENCIA AREA SALUD AMBIENTAL					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	06	Mes	09	Año	2021	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO - CONTRATISTA OPS			DEPENDENCIA AREA SALUD AMBIENTAL					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD - SALUD PUBLICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	26	Mes	06	Año	2019	Día	26	Mes	10
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	13	Mes	11	Año	2018	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	08	Mes	08	Año	2018	Día	08	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN 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 ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	28	Mes	01	Año	2018	Día	28	Mes	07	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PUBLICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	24	Mes	07	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	12	Mes	08	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE DESARROLLO URBANO DEL MEDIO AMBIENTE DE SOLEDAD EDUMAS S.A.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3645202		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	06	Año	2015	Día	30	Mes	10	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA BARRIOS				DIRECCIÓN CARRERA 23A 80 05							

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							

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 INCOMPATIBILIDAD 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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.129.503.446**  
**CERVANTES SANTIAGO**

APELLIDOS

**ANGELICA MARIA**

NOMBRES

*Angelica Cervantes S.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1988**

**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**19-NOV-2006 BARRANQUILLA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vácha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0300150-00868540-F-1129503446-20161129

0052346107A 1

3334199137



## CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Calle 45B # 15-53

Cel.: 3005347949 – 3012705779

e-mail: gabrielantonio\_1364@hotmail.com

Barranquilla - Colombia

1. DATOS DE LA ENTIDAD			
SEDE	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	Cl. 40 #27-127
TELÉFONO	3005347949	E-MAIL	<a href="mailto:gabrielantonio_1364@hotmail.com">gabrielantonio_1364@hotmail.com</a>
FECHA EXAMEN	08-10-2025	TIPO EXAMEN	INGRESO-APTITUD TSA
CODIGO VERIFICACIÓN	<b>5041</b>	SISTEMATIZA	KELLY WOO

2. DATOS DEL PACIENTE											
PRIMER NOMBRE	ANGELICA	SEGUNDO NOMBRE	MARIA	APELLIDOS	CERVANTES SANTIAGO						
FECHA NACIMIENTO	03/02/1988	EDAD	37	SEXO	M	F	X	OTRO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC	X	TI	PEP	No. Identidad	1129503446	TELÉFONO	3002916053			
EMPRESA	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO										
CARGO	CONTRATISTA			FECHA INGRESO	08/10/2025	FECHA RETIRO					

### 2. DICTAMEN MÉDICO

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS				
ESPIROMETRÍA:	AUDIOMETRÍA:	OPTOMETRÍA:	OSTEOMUSCULAR:	FROTIS DE GARGANTA:
N/A	NORMAL	NORMAL	sin hallazgos patológicos	N/A
CULTIVO FARÍNGEO:	COPROLÓGICO:	KOH DE UÑAS:	GLICEMIA BASAL:	C. HEMÁTICO:
N/A	N/A	N/A	NORMAL	NORMAL
PERFIL LIPÍDICO:	ELECTROCARDIOGRAMA	TALLA	PESO	IMC:
NORMAL		1.60 CM	60 KG	

### CONCEPTO MEDICO LABORAL (EVALUACION PSICO/FÍSICO)

Examen Médico Ingreso:	Examen Médico Periódico:	Examen Médico Egreso:	Examen Médico Post Incap.
Apto para ocupar el cargo sin restricciones	N/A	NO Aplica	No Aplica
Idóneo para trabajar en altura:	N/A	Idónea conducción vehicular:	N/A
Idóneo para manipulación de alimentos:	N/A	Idóneo manipulación de carga:	N/A

Observaciones: Según circular 030 del Ministerio de Salud, en referencia a Afectaciones de salud de alto riesgos para contraer COVID-19. Certificamos: Que al momento del Examen Médico el trabajador No presenta ninguna afectación subyacente, establecida en la circular 030 del 08 mayo del 2020.

### OBSERVACIONES MÉDICAS: APTO

### RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

Recomendaciones:	Según IMC:	Manejo EPS/ARL:	Inclusión (Sistema de Vigilancia Epidemiológica):
<input type="checkbox"/> Control ocupacional periódico <input type="checkbox"/> Higiene Postural Columna <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas <input type="checkbox"/> Evaluación puesto de Trabajo	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Ejercicio regular <input type="checkbox"/> Valoración Nutricional <input type="checkbox"/> Valoración EPS	<input type="checkbox"/> Remisión a EPS <input type="checkbox"/> Remisión a ARL <input type="checkbox"/> Continuar Tto Médico <input type="checkbox"/> Remisión por optometría	<input type="checkbox"/> Salud Visual <input type="checkbox"/> Cuidado Auditivo <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Cuidado Espalda <input type="checkbox"/> Osteomuscular

*Gabriel Carrillo Fontalvo*  
MÉDICO ESPECIALISTA EN  
SALUD OCUPACIONAL EN  
C.M. 0082 - LIC. S.O. 02839-12

Dr. Gabriel Carrillo Fontalvo  
Lic. S.O 02839-12

*Angelica C.*  
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.AP



## 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 1129503446 **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 12/02/2026 01:55 PM



Código Verificación: **E2CU5W6D18**

Válida hasta: **13/05/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

