



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Arvilla                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Cera                                                                                                                                            | NOMBRES<br>Keyris Michelle                                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1082853347 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                                | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               | NÚMERO                                                                                                                                                                            | D.M.                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 09 MES 10 AÑO 1986<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO ATLÁNTICO<br>MUNICIPIO BARRANQUILLA             | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>- Mz 31 casa 24 urb. Nueva Andrea Carolina<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO 4228351 EMAIL keyris86@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    |     | BÁSICA SECUNDARIA |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |                         |          |    |                                          | SECUNDARIA  |      |                            |                                |     | MEDIA |     | FECHA DE GRADO     |     |                   |  |
| 1°                                                                                                                                                             | 2°                      | 3°       | 4° | 5°                                       | 6°          | 7°   | 8°                         | 9°                             | 10° | 11°   | MES | 12                 | AÑO | 2003              |  |
|                                                                                                                                                                |                         |          |    |                                          |             |      |                            |                                |     |       |     |                    |     |                   |  |
| 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                                                                                                                                                       | 12                      |          | X  | APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD            |             |      |                            |                                |     |       |     |                    |     |                   |  |
| PREGRADO                                                                                                                                                       | 4                       | X        |    | TECNICO                                  | 06          | 2020 |                            |                                |     |       |     |                    |     |                   |  |

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

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<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |                                             |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                                 |  | FECHA DE INGRESO                            |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                       |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  | Día                                         | 29 | Mes          | 05 | Año     | 2024 | Día                                                   | 30 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD                          |  | DEPENDENCIA<br>AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 NORTE 0 0 CRA 14 #23-42       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |                                             |    |              |    |         |      |                                                       |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND                        |  |                                             |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                                 |  | FECHA DE INGRESO                            |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                       |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  | Día                                         | 01 | Mes          | 01 | Año     | 2024 | Día                                                   | 29 | Mes | 02 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AREA DE FACTURACION EN SALUD                 |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA     |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |                                             |    |              |    |         |      |                                                       |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND                        |  |                                             |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                                 |  | FECHA DE INGRESO                            |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                       |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  | Día                                         | 01 | Mes          | 11 | Año     | 2023 | Día                                                   | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AREA DE FACTURACION EN SALUD                 |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA     |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBETADOR #25-67   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |                                             |    |              |    |         |      |                                                       |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND                        |  |                                             |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                                 |  | FECHA DE INGRESO                            |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                       |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  | Día                                         | 01 | Mes          | 08 | Año     | 2023 | Día                                                   | 31 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AREA DE FACTURACION EN SALUD                 |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA     |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR # 25-67 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |                                             |    |              |    |         |      |                                                       |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND                        |  |                                             |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                                 |  | FECHA DE INGRESO                            |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                       |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  | Día                                         | 21 | Mes          | 06 | Año     | 2023 | Día                                                   | 20 | Mes | 08 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR FACTURACION EN SALUD                |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA     |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67  |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 06 | Año     | 2023 | Día                                                        | 20 | Mes | 06 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURACION EN SALUD         |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 04 | Año     | 2023 | Día                                                        | 31 | Mes | 05 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD          |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 03 | Año     | 2023 | Día                                                        | 31 | Mes | 03 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD          |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE FACTURACION      |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADO #25-67        |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 01 | Año     | 2023 | Día                                                        | 28 | Mes | 02 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD          |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 11 | Año     | 2022 | Día                                                        | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AREA DE FACTURACION EN SALUD |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 NORTE AVENIDA LIBERTADOR #25-67 |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 09 | Año     | 2022 | Día                                                        | 31 | Mes | 10 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD          |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LBERTADOR # 25-67       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 04 | Año     | 2022 | Día                                                        | 31 | Mes | 08 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AREA DE FACTURACION EN SALUD |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 03 | Año     | 2022 | Día                                                        | 31 | Mes | 03 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD          |  | DEPENDENCIA<br>AREA CONSULTA EXTERNA    |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67       |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 01 | Año     | 2022 | Día                                                        | 28 | Mes | 02 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD          |  | DEPENDENCIA<br>AREA CONSULTA EXTERNA    |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 NORTE 0 0 AVENIDA LIBERTADOR #25-67 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |                                         |    |              |    |         |      |                                                            |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND        |  |                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                 |  | FECHA DE INGRESO                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                            |    |     |    |     |      |
|                                                         |  | Día                                     | 01 | Mes          | 11 | Año     | 2021 | Día                                                        | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AREA DE FACTURACION EN SALUD |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA         |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                                                  |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                  |  |                                      |    |              |    |         |      |                                                              |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------|--|--------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|--------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                       |  |                                      |    |              |    |         |      |                                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                        |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA             |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                          |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                              |    |     |    |     |      |
|                                                  |  | Día                                  | 01 | Mes          | 08 | Año     | 2021 | Día                                                          | 31 | Mes | 08 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD   |  | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA"    |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                                                    |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                       |  |                                      |    |              |    |         |      |                                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                        |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA             |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                          |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                              |    |     |    |     |      |
|                                                  |  | Día                                  | 02 | Mes          | 02 | Año     | 2021 | Día                                                          | 31 | Mes | 03 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD   |  | DEPENDENCIA<br>AREA CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                                                    |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                       |  |                                      |    |              |    |         |      |                                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                        |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA             |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                          |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                              |    |     |    |     |      |
|                                                  |  | Día                                  | 01 | Mes          | 01 | Año     | 2021 | Día                                                          | 31 | Mes | 01 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD   |  | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA"    |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 NORTE 0 0 NORTE AV LIBERTADOR # 25-67 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                       |  |                                      |    |              |    |         |      |                                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                        |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA             |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                          |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                              |    |     |    |     |      |
|                                                  |  | Día                                  | 01 | Mes          | 11 | Año     | 2020 | Día                                                          | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD   |  | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA"    |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                                                    |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                       |  |                                      |    |              |    |         |      |                                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                        |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA             |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                          |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                              |    |     |    |     |      |
|                                                  |  | Día                                  | 01 | Mes          | 10 | Año     | 2020 | Día                                                          | 31 | Mes | 10 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD   |  | DEPENDENCIA<br>AREA CONSULTA EXTERNA |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                                                    |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                  |              |     |         |     |                                                              |     |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--------------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND          |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                              | 01           | Mes | 08      | Año | 2020                                                         | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADORA EN SALUD           |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO FACTURACION |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 NORTE 0 0 NORTE AV LIVERTADOR #25-67  |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                  |              |     |         |     |                                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND          |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                              | 01           | Mes | 06      | Año | 2020                                                         | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>APOYO FACURACION CONSULTA EXTE |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO FACTURACION |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 NORTE 0 0 NORTE AV LIBERTADOR # 25-67 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                  |              |     |         |     |                                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND          |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                              | 29           | Mes | 04      | Año | 2020                                                         | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR DE SERVICIOS SALUD  |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO FACTURACION |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 0 0 NORTE AVENIDA LIBERTADOR # 25-67  |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                  |              |     |         |     |                                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA        |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                              | 02           | Mes | 01      | Año | 2020                                                         | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR EN SALUD            |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO FACTURACION |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 NORTE 0 0 AV LIBERTADOR # 25-67       |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                  |              |     |         |     |                                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA        |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3052661536                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                           |  |  | Día                              | 01           | Mes | 11      | Año | 2019                                                         | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>FACTURADOR CONSULTA EXTERNA    |  |  | DEPENDENCIA<br>"FACTURACION"     |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 0 NORTE 0 0 AVENIDA LIBERTADOR 25-67    |     |    |     |    |     |      |

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

### 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: |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |

5

### 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                     | 10    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 0     |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | 3                     | 10    |

6

### 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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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)

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

4

**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: |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO  | NIVEL EDUCATIVO  |         | DIRECCIÓN          |      |      |      |

5

**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                     | 10    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 3                     | 10    |

6

**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

Santa Marta Julio 2024  
[Firma]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA