FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERNANDEZ	RAMIREZ	ALEJANDRA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 30225506	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 23 MES 03 AÑO 1982	CARRERA 7 7 44 Barrio penjamo			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CALDAS
DEPTO	CALDAS	MUNICIPIO	SAMANÁ		
MUNICIPIO	SAMANÁ	TELÉFONO	3102808837	EMAIL	alejahdz2441@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	12	2024	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	11	2014	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2010	21331

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA ANTICORRUPCIÓN	06	2026
Ministerio de Tecnologías de Información	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CURSO SEGURIDAD DIGITAL 2026	05	2026
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		CURSO MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION - MIPG	08	2025
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		COMPETENCIAS LABORALES	05	2025
FUNCION PUB,ICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		MODULO AUDITORIA MIPG	03	2024
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		FUNDAMENTOS GENERALES MIPG	03	2024
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL	100	X		DIPLOMADO ESTADISTICAS VITALES CERTIFICACION DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES	06	2022
SENA - COSESAM	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		DESARROLLO DE HABILIDADES Y HERRAMIENTAS PARA LA GESTION DEL PLAN DE SALUD PUBLICA Y EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LOS TERRITORIOS	11	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCION CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO	06	2021
COSESAM	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		XVII CONGRESO GOBERNAR SALUD 2020	11	2020

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		PREVENCION Y MANEJO DE ACCIDENTES CAUSADOS POR ANIMALES VENENOSOS - SERPIENTES	05	2017
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	EDUCACIÓN INFORMAL	30	X		CURSO ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES DENGUE Y CHIKUNGUÑA	09	2015
POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	100	X		DIPLOMADO EN LEGISLACION EN SALUD	02	2015

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DE NORCASIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CALDAS	NORCASIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	01	Año	2026	Día	30	Mes	06	Año	2026
3104321582												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	SECRETARIA DE SALUD Y EDUCACION	CARRERA 6 10 2

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 MARQUETALIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MARQUETALIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3116053019	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE EDUCACION Y SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 112						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235743362	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25 Parque Principal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6068658281	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6068658281	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA EN SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104321582	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA EN SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD Y EDUCACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 2						

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 MARQUETALIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MARQUETALIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3147933929	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE EDUCACION SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 112						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108814927	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3117605362	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235753362	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108814927	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITOR	*DEPENDENCIA* ASEGURAMIENTO Y AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48						

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 SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108814927	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITORIA	*DEPENDENCIA* ASEGURAMIENTO Y AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3117605362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITOR	*DEPENDENCIA* AREA ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108814927	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA AUDITORIA	*DEPENDENCIA* AREA ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3117605362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235753362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	26	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25						

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 NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 2 Plaza Principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808827	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
ARGO O CONTRATO ACTUAL LANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48 Plaza Principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR PLANEACION EN SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA MUN SEC DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESOR PLANEACION INTEGRAL	*DEPENDENCIA* ALCALDIA SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 85					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 312808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PLANEACION INTEGRAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* PLANEACION INTEGRAL EN SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 5 48					

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 PENSILVANIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105100252	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* (VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 4 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PENSILVANIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105100252	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO GESTION SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* AREA DE PLANEACION SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 4 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235743362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO GESTION DE LA SALUD PUBL	*DEPENDENCIA* GESTION DE LA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25 parque principal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235743362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA GESTION SALUD PUBLI	*DEPENDENCIA* GESTION SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25 parque principal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES EN SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 10 2						

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 VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235743362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	04	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO EN AUDITORIA	*DEPENDENCIA* AREA ASEGURAMIENTO						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 25					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3235743362	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO GESTION SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 9 25 parque principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 10 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VICTORIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* VICTORIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 9 25					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 10 02					

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 PENSILVANIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO-SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 4 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PENSILVANIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102808827	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PU						*DIRECCIÓN* CARRERA 6A - 4 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 10 02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE NORCASIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO-SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* - 10 02 carrera 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PENSILVANIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 4 06					

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 PENSILVANIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* APOYO AREA VIGILANCIA EPIDEMI						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 4 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 10 02 y calle 10 No 5-02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 4 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8555171	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 4 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 10 02 y calle 10 No 5-02					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 10 02 y calle 10 No 5-02					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105205394	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* Pensilvania Caldas					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105205394	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* Pensilvania Caldas					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 10 02 y calle 10 No 5-02					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105205394	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	09	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* Pensilvania Caldas					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* Pensilvania Caldas					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* NORCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	19	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 10 02 y calle 10 No 5-02					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MARMATO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8598474	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* Marmato Caldas					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANZANARES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8550022	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	13	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Carrera 4 Calle 6 Esquina parque principal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PU						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 4 06					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
ARGO O CONTRATO ACTUAL ONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 N 4 06					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANZANARES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8550022	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* Carrera 4 Calle 6 Esquina parque principal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 N 5 36					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8658281	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 N 5 48					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8658281	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 N 5 64						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8658281	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PU					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAMANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SAMANÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PENSILVANIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	07	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PU					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 4 06						

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 PENSILVANIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* PENSILVANIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102808837	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE VIGILANCIA EN S	*DEPENDENCIA* AREA DE VIGILANCIA EN SALUD PU					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOTAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8851461	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2014	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA OBSERVACION	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 MANIZALES JULIO 01 - 2026

ALEJANDRA M. HERNANDEZ P.

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.

01-07-2026

Ciudad y fecha

Claudia

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS