Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| GOMEZ | HERNANDEZ | OSCARIS GONZALO |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 72.225.338

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 72.225.338 D.M 10

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 16 MES 06 AÑO 1976

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ATLANTICO

MUNICIPIO: BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 48 29 - 63

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

TELÉFONO 3004771538 EMAIL oscarisgomezhernandez@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: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES | AÑO |
| | | | | | | | | | | X | 12 | 1993 |

***EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | INGENIERO DE SISTEMAS | 04 | 2014 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA BOLIVAR | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOLIVAR | *MUNICIPIO*<br>SANTA CATALINA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>hospitalsantacatalinabolivar@gmail.com | |
| *TELÉFONOS*<br>3146217894 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 08 MES 01 AÑO 2026 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COORDINADOR FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO ABAJO SECTOR DE LA CORDIALIDAD | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA BOLIVAR | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOLIVAR | *MUNICIPIO*<br>SANTA CATALINA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>hospitalsantacatalinabolivar@gmail.com | |
| *TELÉFONOS*<br>3104994614 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 15 MES 10 AÑO 2025 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA 30 MES 12 AÑO 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>COORDINADOR FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO ABAJO SECTOR DE LA CORDIALIDAD | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA BOLIVAR | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOLIVAR | *MUNICIPIO*<br>SANTA CATALINA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDADONSALUD*<br>hospitalsantacatalinabolivar@gmail.com | |
| *TELÉFONOS*<br>3135129338 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 01 MES 01 AÑO 2025 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA 31 MES 08 AÑO 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>COORDINADOR FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION | | *DIRECCIÓN*<br>hospitalsantacatalinabolivar@gmail.com | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA BOLIVAR | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOLIVAR | *MUNICIPIO*<br>SANTA CATALINA | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 01 MES 10 AÑO 2004 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2004 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>FACTURACION | | *DIRECCIÓN* | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 20 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 5 | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 28 | |

## 5 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 CATALINA BOLIVAR 01 DE ENERO 2025

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*