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
PAEZ	CASTILLO	MARIA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 37713663	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 06 MES 03 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

ALTOS DE CA?AVERALCAMPESTRE TORRE APARTAMENTO 401 CA?AVERAL

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 1234567 EMAIL mariacarolinapaezcastillo@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	1994
										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 GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	06	2015	37713663 ACTA DE GRADO 2878
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA HOSPITALARIA	09	2005	37713663 ACTA DE GRADO 133
PREGRADO	9	X		FISIOTERAPIA	12	2000	37713663 ACTA DE GRADO 356

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ONZAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* ONZAGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR DE CALIDAD PAMEC	*DEPENDENCIA* AREA GESTION DE CALIDAD				*DIRECCIÓN* CARRERA 2 4 37							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA ANA DE GUACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GUACA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3213903312	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO GESTION DE LA CALIDAD	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION DE CALIDAD				*DIRECCIÓN* CALLE 6 6 7							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA DE MOLAGAVITA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MOLAGAVITA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6627004	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR GESTION CALIDAD	*DEPENDENCIA* AREA DE CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 1 33					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CERRITO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 311847577	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUIDTORA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 35					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 10 null 71					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* carrrera 3 No. 4 - 98					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 52					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 35						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE - SAN ANDRES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3156348685	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* AREA DE CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 10 71						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GESTION	*DEPENDENCIA* AREA DE COORDINACION						*DIRECCIÓN* CALLE 8 11 50						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208013588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CERRITO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 311847577	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA GESTION Y CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208013588	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y PRODUCCION					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3143341399	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA GESTION DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y PRODUCCION					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 98						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GUAVATÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 314285070	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 2 60						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ONZAGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* ONZAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3163482169	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EN GESTION DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* AREA DE PRODUCCION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 4 37						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208013588	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y PRODUCCION					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA ANA DE GUACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GUACA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3213903312	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	*DEPENDENCIA* AREA CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 6 7					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	24	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y PRODUCCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 98					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208013588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA CALIDAD EN SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CERRITO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0418 DE 2013 ASESORA	*DEPENDENCIA* ASESORA CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 6 5 null 35					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 32080135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR AREA CALIDAD	*DEPENDENCIA* CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208013581	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0418 DE 2013 ASESORA	*DEPENDENCIA* ASERORA DE CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208012273	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA CALIDAD EN SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208013588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0418 DE 2013 ASESORA	*DEPENDENCIA* ASESORA CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* TONA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208012273	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADITORA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 null 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE COROMORO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* COROMORO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3108139119	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 5 null 22					

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 COROMORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* COROMORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	23	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 5 5 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6970000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* ASECRETARIA DE SALUD DEPARTAME					*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*	28	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y COORDINACION					*DIRECCIÓN* CALLE 8 11 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	18	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA |					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 58						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 356348685	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	17	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 3 No 2A-17						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL CARMEN DE CHUCURI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN VICENTE DE CHUCURÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 8 11 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3156348685	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 10 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION DE RIESGOS					*DIRECCIÓN* - CALLE 45 N # 11 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SANTA BÁRBARA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ACALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 4 98						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2020	*Día*	21	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 45N 11 52						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL CAICEDO Y FLOREZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SUAITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123783247	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Km 3 vía Vao Real						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE CENTRO DE SALUD OCAMONTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* OCAMONTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7247545	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	02	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Carrera 3 con calle 1 esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSITARIA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO UDI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CHARALÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6352525	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	08	*Año* 2010	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTORA DE CERES CHARALA	*DEPENDENCIA* NO APLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 9 23 55, Bucaramanga, Santander						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE CHARALA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CHARALÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7258008	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2008	*Día*	05	*Mes*	08	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIO SECCIONAL O LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 17N 24 11 Parque Principal						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6970000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	04	*Año* 2007	*Día*	09	*Mes*	01	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 52 - Bucaramanga						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE CURITI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CURITÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3168442927	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2005	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIO SECCIONAL O LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 8N 8 55 PALACIO MUNICIPAL - PARQUE PRIN						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE CAPITANEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CAPITANEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3107724158	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	06	*Año*	2005	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIO SECCIONAL O LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 5 5 48						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GALÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123905467	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2004	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE HOSPITAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 6N 5 35						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE OCAMONTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* OCAMONTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205634661	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	07	*Año*	2002	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIO SECCIONAL O LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 5N 3 49						

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*						

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	18	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Cúcuta 30/06/2026 Oscar Jeovani Hernández Jaimes

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS