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
DUARTE	LANDINEZ	JAZMIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 63396305	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 07 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO MÁLAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 22N ? 11 -06 CASA 10 PINOS DEL NORTE

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO MÁLAGA

TELÉFONO EMAIL gemingsas@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	1995
										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	4	X		ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD	06	2017	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA DE SISTEMAS	11	2011	68255-24978 STD
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA DE SISTEMAS	05	2010	

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)

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SALUD JESUS DE NAZARETH - ENCISO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* ENCISO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 66012345	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE INGENIERIA DE SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE CONCEPCION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 76603256	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE INGENIERIA DE SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CALLE 5 null null						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SALUD JESUS DE NAZARETH - ENCISO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* ENCISO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 320	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE INGENIERIA DE SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CALLE 2 3 null						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA ANA DE GUACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GUACA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6601254	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE INGENIERIA DE SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 null null						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL - SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN MIGUEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3202815389	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* AREA ADM - AUDITORIA DE CUENTAS					*DIRECCIÓN* {"direccionGenerada": "{"bis":false}"}						

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 ENCISO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* ENCISO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6633012	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 5N 4 56						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE NTRA SRA DE LOS REMEDIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DE MIRANDA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6626006	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CALLE 5N 5 ? 08						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE SAN MIGUEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN MIGUEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6638830	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CALLE 4N | 02 -03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6603220	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 2N ° 5 -14/22						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DE ENCISO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* ENCISO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6633012	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SISTEMAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 5N ° 4 -56						

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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*