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
Gomez	Avella	Oscar Adrian

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1057587574	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 2755936 D.M. 08

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 21 MES 07 AÑO 1991	CARRERA 9 19 33			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOYACÁ
DEPTO	BOYACÁ	MUNICIPIO	SOGAMOSO		
MUNICIPIO	SOGAMOSO	TELÉFONO	3212492232	EMAIL	oscaradrian.salud@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	11	AÑO	2008
										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	1		X	ESPECIALIZACION EN DIRECCION Y GESTION DE PROYECTOS			
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD	10	2020	
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	08	2018	18738

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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*
Universidad De Bogotá Jorge Tadeo Lozano	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	110	X		Diplomado En Diseño Y Formulación De Proyectos De Emprendimiento Cultural Y Economía Naranja	01	2020
Universidad De Los Llanos	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Auditoría y Calidad en Salud	10	2021
Escuela Superior de Administración Pública	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Diplomado en APS, Salud Familiar y Comunitaria	04	2025
Fundación Universitaria Internacional de la Rioja	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	96	X		Diplomado en habilidades DIrectivas y Liderazgo	09	2025

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*
INGLÉS			X			X			X

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*
SALUD SOGAMOSO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOYACÁ	SOGAMOSO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2025
6087730494												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO PROFESIONAL	APS	CARRERA 9 11 74

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO - MONGUA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* MONGUA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3223810780	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	23	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR Y CAPACITADOR	*DEPENDENCIA* PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 4 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE MONGUI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* MONGUÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3214370842	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR ATENCION PRIMARIA	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 7 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO - MONGUA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* MONGUA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3223810780	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER DE HUMANIZACION	*DEPENDENCIA* APOYO DE LA GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 4 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD DEL TUNDAMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* DUITAMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6087601640	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 496 2014 ENFERMERA ESPECIALIZA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 28 18 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MUNICIPAL DE EL DORADO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* EL DORADO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3203434109	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	05	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO APS	*DEPENDENCIA* APS					*DIRECCIÓN* CALLE 6 3 24						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86780909	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE EQUIPO	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 5 86						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL -PUERTO LOPEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86452703	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DEL PROGRAMAS	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 Barrio Gaitán						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6616801	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	21	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO					*DIRECCIÓN* - Km 12 Vía Puerto López						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6616800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO					*DIRECCIÓN* - Km 12 Vía Puerto López						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6680001	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBCOORDINADOR DE UNIDAD	*DEPENDENCIA* ACADEMICA BIENESTAR UIVERSITARIO					*DIRECCIÓN* - Km 12 Vía Puerto López						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6614100	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ACCIONES COLECTIVAS- SALUD PUB						*DIRECCIÓN* CARRERA 42 32 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6616800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBCOORDINADOR DE UNIDAD	*DEPENDENCIA* ACADEMICA BIENESTAR UIVERSITARIO						*DIRECCIÓN* - Km 12 vía Puerto López					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6619800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBCOORDINADOR DE UNIDAD	*DEPENDENCIA* ACADEMICA BIENESTAR UIVERSITARIO						*DIRECCIÓN* - Km 12 vía Perto López					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VERSO VIVO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SOGAMOSO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3213046276	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROYECTOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N º 14 -92					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6616800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBCOORDINADOR DE UNIDAD	*DEPENDENCIA* ACADEMICA BIENESTAR UIVERSITARIO						*DIRECCIÓN* - Km 12 vía Puerto López					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VERSO VIVO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SOGAMOSO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3213046276	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	31	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	03	*Mes*	04	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* JUNTA DIRECTIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 14 92						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVA SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SOGAMOSO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y COORDINACION					*DIRECCIÓN* CALLE 30 24 34 Barrio Cañaveral						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GAMEZA MUNICIPIO SALUDABLE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* GÁMEZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123376394	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* JEFATURA DE SALUD Y PROMOCION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 5 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VERSO VIVO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3007718151	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	11	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 41N 19A 31						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO GAITÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC					*DIRECCIÓN* CALLE 37N 41 80						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MULTISALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE ATENCION PRIMAR	*DEPENDENCIA* GERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 39N 27 55 Btrio Siete Agosto.					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE DEPARTAMENTAL DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PIC						*DIRECCIÓN* CALLE 37N 41 80					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 5760000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	02	*Mes:*	02	*Año:*	2026	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* TECNOLOGICA						*DIRECCIÓN* Calle 51 # 57 - 70					

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	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	3

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 _X_ 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 *SOGAMOSO, 19 DE AGOSTO DE 2026*



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