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*
Lopez	Correa	Giovanna Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1020784528

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 08 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO DUITAMA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 127D BIS 47 24

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO EMAIL giovannalopezcorrea@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 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	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR	01	2024	1020784528
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2017	1020784528

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 El Bosque.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		Curso de buenas prácticas clínicas (B.P.C.).	02	2021
Laboratorio de simulación Universidad El Bosque.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Soporte Vital Avanzado. ACLS.	02	2022
Laboratorio de simulación Universidad El Bosque.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Soporte Vital Básico. BLS.	02	2022
OMS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	18	X		Curso virtual sobre la implementación del paquete técnico HEARTS en la atención Primaria de Salud.	10	2023
OMS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	18	X		Curso virtual sobre la implementación del paquete técnico HEARTS en la atención Primaria de Salud bases teórico- prácticas para gestores en salud.	10	2023
Universidad El Bosque.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	110	X		Diplomado en diabetes Mellitus tipo 2 para atención primaria.	01	2024
Fundación nuestra señora de la esperanza.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual.	04	2024
Organización Panamericana de la Salud.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Curso virtual sobre los fundamentos del cuidado paliativo.	04	2025
Santander Open Academy.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		Bienestar y estrés laboral.	05	2025
The Massachusetts Medical Society. NEJM.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		Management and Treatment of Obesity in Primary Care. Lifestyle Interventions in the Management of Obesity.	05	2025
Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	30	X		Curso salud cardiovascular para los territorios	09	2025
Asociación colombiana de osteoporosis y metabolismo mineral ACOMM.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	18	X		Curso latinoamericano de salud ósea y muscular y octavo curso avanzado de osteoporosis para residentes.	10	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*
ESPAÑOL			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3012354927	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	02	*Año* 2026	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO FAMILIAR	*DEPENDENCIA* DISPENSARIO MEDICA FAC					*DIRECCIÓN* CARRERA 58 9 67						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CENTROS MEDICOS UMD - COLMEDICA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	06	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO FAMILIAR	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 35 68						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD IPS JAVESALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO FAMILIAR	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 127 17A 83						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS JAVESALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	10	*Año* 2019	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 127 17A 83						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA COLSUBSIDIO ROMA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	29	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"					*DIRECCIÓN* CARRERA 86 53 10 SUR						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL II NIVEL VALLE DE TENZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* GARAGOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 8 6 65					

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	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	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 Bogotá, DC.11/08/2026

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.

Bogotá, 31 de Agosto de 2026

Ciudad y fecha

TC. YIMI ANDRES GONZALEZ ROMERO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS