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
Rodriguez	Gomez	Andres Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1097033304	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 87052964421 D.M. 39

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 05 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO QUIMBAYA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 39B BIS 30 35 CASA 35 URBANIZACION MONTECARLO ARMENIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO QUIMBAYA

TELÉFONO 6067347751 EMAIL andresrodriguezgomez33@gmail.

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	2004
										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 SALUD MENTAL DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE	08	2022	0601/2014
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2014	0601/2014/SDSQ

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)

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 Imes			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6067368940	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	16	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"				*DIRECCIÓN* CALLE 2 NORTE 12 75 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	07	*Año* 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL				*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	25	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	12	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 77					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION Y ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* ENFERMERO PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 8 7 55					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA				*CORREO ELECTRÓNICO*							
TELÉFONOS 3104187365	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	02	*Mes:*	02	*Año:*	2026	*Día:*	30	*Mes:*	08	*Año:*	2026
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 18 7 58					

FORMATO ÚNICO

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	3	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	6

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 Armenia, 07-09-2026

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.

Armenia 08/09/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS