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
MURCIA	CASTRO	SERGIO ARMANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1003699174	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1003699174 D.M. 6

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 27 MES 09 AÑO 1996	CARRERA 58C 147 36 TORRE 2 APTO 1108			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	SIMIJACA	TELÉFONO		EMAIL	tr.sergiomurcia@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011

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 DOCENCIA UNIVERSITARIA	06	2026	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN EDUCACION MEDICA	07	2022	
PREGRADO	8	X		TERAPIA RESPIRATORIA	06	2019	1003699174
PREGRADO	10	X		LICENCIATURA EN PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA	11	2016	
PREGRADO	4	X		NORMALISTA SUPERIOR	11	2013	

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:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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
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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7442000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	07	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE EDUCACION MEDIC	*DEPENDENCIA* OFICINA DE EDUCACION MEDICA						*DIRECCIÓN* CALLE 163A 13B 60					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3165000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DOCENCIA SERVICIO	*DEPENDENCIA* OFICINA DE DOCENCIA SERVICIO						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 30 45 3					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3538100	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	11	*Mes*	01	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PRACTICAS	*DEPENDENCIA* RELACION DOCENCIA SERVICIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 51 67A 70					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7449191	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PRACTICAS	*DEPENDENCIA* CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO						*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 70A 34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ADMINISTRADORA COUNTRY S.A. - CLINICA DEL COUNTRY			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5300470	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA RESPIRATORIO	*DEPENDENCIA* APOYO DX Y REHABILITACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 16 82 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EUSALUD- CLINICA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4320872	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	11	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA RESPIRATORIO	*DEPENDENCIA* APOYO DX Y REHABILITACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 78 3A 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208393435	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*	26	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA RESPIRATORIO	*DEPENDENCIA* AREA REHABILITACION						*DIRECCIÓN* CALLE 15 13 8					

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 ESPECIALIDADES MEDICAS C.E.M			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA RESPIRATORIO	*DEPENDENCIA* AREA DE REHABILITACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 18 78					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE -ARAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8850030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA RESIRATORIO(A)	*DEPENDENCIA* AREA DE REHABILITACION					*DIRECCIÓN* CALLE 15 16 17					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACION UNIVERISTARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 4375400	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	12	*Mes:*	01	*Año:* 2024	*Día:*	11	*Mes:*	01	*Año:*	2025
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 51 67A 70					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 7409191	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	05	*Mes:*	08	*Año:* 2021	*Día:*	17	*Mes:*	12	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14A 70A 34					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3538100	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	19	*Mes:*	07	*Año:* 2021	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 51 67A 70					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ÁREA ANDINA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS 7449191	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	02	Mes:	01	Año:	2021	Día:	02	Mes:	07	Año:	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN CARRERA 14A 70A 34					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS 7449191	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	08	Año:	2019	Día:	08	Mes:	12	Año:	2019
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN CRA 14 A 70 A 34					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

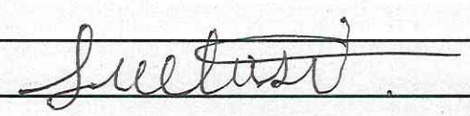
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	2	2

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Simijaca, 24 Sep /2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS