



## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Ramirez                                                                                                               |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Castaño                                                                                                                                                                 |  | NOMBRES<br>Dany Daniel                                                      |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1082960877 |  | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                        |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>                                    |  | NÚMERO<br>1082960877                                                                                                                                                                                      |  | D.M. SA                                                                     |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 09 MES 01 AÑO 1993<br>PAÍS<br>DEPTO<br>MUNICIPIO                                                |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>AVENIDA CALLE 5 ESTE 7 1 TORRES 4 APTO 307 CONJUNTO VENECIA<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO 3232872700 EMAIL d.d.r.c_09@hotmail.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 |     | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |     |                   |     |      |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11°             | MES | 12                | AÑO | 2009 |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                          |  |                    |      |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|------------------------------------------|--|--------------------|------|----------------------------|
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)                                                      |                         |                          |    |                                          |  |                    |      |                            |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:           |                         |                          |    |                                          |  |                    |      |                            |
| TC (TÉCNICA)                                                                                   |                         | TL (TECNOLÓGICA)         |    | TE (TECNOLÓGICA 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  |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 12                      | X                        |    | MEDICINA                                 |  | 07                 | 2016 | 1082960877                 |

|                                      |             |           |       |             |     |
|--------------------------------------|-------------|-----------|-------|-------------|-----|
| CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS |             |           |       |             |     |
| MEDIO DE CAPACITACIÓN                | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION |     |
|                                      |             |           |       | MES         | AÑO |
|                                      |             |           |       |             |     |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

3

### 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<br>AVIDANTI CLINICA                                   |  |  |                                 | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA        |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     |                                                       | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|                                                                         |  |  | Día                             | 11           | Mes | 04           | Año | 2022                                                  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>85121600 - MEDICO                            |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ASISTENCIAL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 5 ESTE 2 3 ESTE POR LOS BOMBEROS |                 |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                               |  |  |                                 |              |     |              |     |                                                       |                 |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                      |                 |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA        |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                            |                 |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     |                                                       | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|                                                                         |  |  | Día                             | 21           | Mes | 07           | Año | 2023                                                  | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>85121600 - MEDICO                            |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ASISTENCIAL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 23 13A 52 LOS ALCAZARES            |                 |  |     |  |     |  |

4

### 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          |                 |  |      |  |      |  |

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

### 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                | 0                     | 7     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 1                     | 3     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 0     |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | 1                     | 11    |

6

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Septiembre 2026 - santa

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

### 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