FORMATO ÚNICO

HOJADE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Creus	Martinez	IdalbisLeonor

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36560482 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHAYLUGARDE NACIMIENTO

FECHA DIA 03 MES 01 AÑO 1965

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA16G7A 51LOSALMENDROS

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO _____ EMAIL idalbiscreus65@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓNBÁSICAYMEDIA

MARQUE CON UNA X ELÚLTIMO GRADOAPROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATOEQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHADE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1987

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**(DOCTORADOOPHD)

RELACIONEAL FRENTEELNÚMERO DE LA TARJETAPROFESIONAL (SIÉSTAHA SIDOPREVISTA EN UNA LEY).

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LOHABLA			LOLEE			LOESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	M
ESPAÑOL			X			X			

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJADE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA OENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*								
TELÉFONOS	*FECH DE INGRESO*						*FECHADERETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Añ*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* CENTRAL ESTERILIZACION				*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 23-42 Alcazares								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA OENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*								
TELÉFONOS	*FECH DE INGRESO*						*FECHADERETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Añ*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* CENTRAL ESTERILIZACION				*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 23-42 Alcazares								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA OENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*								
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHADERETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Añ*	2012	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* MEDICINA INTERNA				*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA OENTIDAD SERVIEFECTIVOS C.T.A.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*								
TELÉFONOS 3502525	*FECH DE INGRESO*						*FECHADERETIRO*						
	Día	03	*Mes*	05	*Añ*	2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD ESTRATEGICA DE NEGOCIO				*DIRECCIÓN* VIA 40 NO. 66-126								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA OENTIDAD SORYC E.U.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*								
TELÉFONOS 3560275	*FECH DE INGRESO*						*FECHADERETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Añ*	2007	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA				*DIRECCIÓN* CALLE 76N 42 78								

FORMATO ÚNICO

HOJADE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA OENTIDAD HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3213599661	*FECHA DE INGRESO*					*FECHADE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	12	*Año* 1992	*Día*	26	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 23 42					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DELDOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHADE INGRESO*					*FECHADERETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes*		*Año:*	
AREADE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

5 **TIEMPOTOTALDE EXPERIENCIA**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL

DESUEXPERIENCIA LABORALENNUMERO DEANOS Y M ESES OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	17	6
TOTALTIEMPO EXPERIENCIA	18	1

FORMATO ÚNICO

HOJADE VIDA

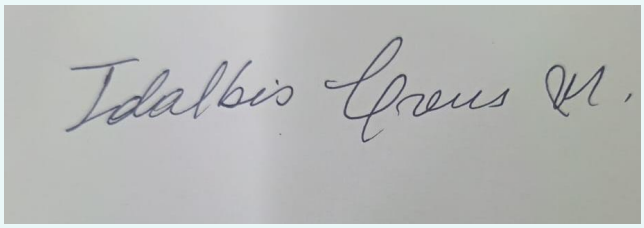
Persona Natural

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

6 **FIRMADELSERVIDORPÚBLICO 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 H OJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



Ciudady fecha dediligenciamiento

Santa Marta, Magdalena 01/09/ 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDOCONSTATADA FRENTEA LOS DOCUMENTOS QUE HANSIDOPRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudady fecha

NOMBREY FIRMA DELJEFEDE PERSONALODE CONTRATOS

Powered by CamScanner