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
SANCHEZ	LOPEZ	ENEIDA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 43708754	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 09 AÑO 1976	CALLE 89N 106 70 Barrio Kennedy			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	CHIGORODÓ		
MUNICIPIO	FREDONIA	TELÉFONO	03117810517	EMAIL	eneidacsanchez@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	02	AÑO	1995
										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	6	X		MG. Salud colectiva	12	2018	
PREGRADO	10	X		Psicologia	12	2005	5-3456-06

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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
Politecnico de Suramerica	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		Diplomado en Gerontología y Geriatría	04	2021
Politecnico Mayor	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		Diplomado en Atención Integral al Adulto Mayor Básico	04	2021

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

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: HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍ: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: CHIGORODÓ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	05	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 065-2015 COORDINACION EQUIPO D	DEPENDENCIA: "SUBDIRECCION CIENTIFICA"						DIRECCIÓN: CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍ: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: CHIGORODÓ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	01	Año	2025	Día	16	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 434 / COORDINADORA PROYECTOS U	DEPENDENCIA: "SUBDIRECCION CIENTIFICA"						DIRECCIÓN: CARRERA 108A 101A 57					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8253648	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR Y COORDINADOR DE PROGRA	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION CIENTIFICA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CDS CENTRO DE SISTEMAS DE URABA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL >DOCENTE	*DEPENDENCIA* DIRECCION ACADEMICA						*DIRECCIÓN* CALLE 93 105 53					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8253648	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2808 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION CIENTIFICA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5496 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CHIGORODO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION DE GRUPO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 104A 100 8					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CHIGORODO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3117810517	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 100A 100 08						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CHIGORODO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8253630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 104A 100 08						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION LATINA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CHIGORODÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BUEN COMIENZO					*DIRECCIÓN* CHIGORODO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -CHIGORODO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8253648	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* cra 108a Nro 101a 57 barrio libertadores						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PRESENCIA COLOMBO SUIZA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2547844	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	04	*Año* 2017	*Día*	03	*Mes*	11	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTORA TERRITORIAL	*DEPENDENCIA* PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 50N 58 58						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8253648	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8253648	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	19	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION CIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 108A 101A 57					

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*					

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	2	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Ibagué, septiembre 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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS