



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Cortes	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Segovia	NOMBRES Marlon Augusto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 801932169	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NÚMERO 0873868 D.M. 51		

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: Bachiller Académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12	AÑO 2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO 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	
UN	10	X		Enfermero Profesional	08	2012	36471

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		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD — 0 —	
TELÉFONOS (601)-3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 08 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermero Hospitalización	DEPENDENCIA Departamento Enfermería	DIRECCIÓN Transv 3c # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion Sanidad - Policia Nacional - Seccional Sanidad Bogotá	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD linea directa @policia.gov.co	
TELÉFONOS (601)- 5804400	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 11 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 08 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Enfermero de promoción y prevención	DEPENDENCIA Sanidad Seccional Policia - Bogotá	DIRECCIÓN Cra 68 b Bis	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital El Tunal E.S.E	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@ubred.gov.co	
TELÉFONOS (601)-7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 11 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 03 MES 08 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Enfermero Hospitalización	DEPENDENCIA Departamento Enfermería	DIRECCIÓN Cra 20# 47b-338r-Bogotá	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion Sanidad - Policia Nacional - Regional Sieta Policia Uchada	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Uchada	MUNICIPIO Puerto Carreño - Uchada	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Linea directa @policia.gov.co	
TELÉFONOS (601)- 5804400	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 09 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Enfermero Rural de Promoción y prevención	DEPENDENCIA Sanidad Policia Uchada	DIRECCIÓN Bogotá - Direccion Sanidad Calle 44 No 50-51	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	9.

5 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

6 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