



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ABRIL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GALEANO	NOMBRES GIOVANNI ENRIQUE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79421773	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO 79421773 D.M. FAC		

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 01 AÑO 1986

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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	12	X		MEDICO Y CIRUJANO	12	1992	1927/94
ES	6	X		ESP. EN GINECOLOGIA Y OBSTETRIA	07	1999	
ES	4	X		ESP. DOCENCIA UNIVERSITARIA	03	2021	

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
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 <u>Clinica Magdalena</u>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Bogotá D.C.</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <u>contabilidad@clinica-magdalena.com</u>	
TELÉFONOS <u>601 2853900</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>28</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2006</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <u>Médico Ginec Obstetra</u>	DEPENDENCIA <u>Ginecología</u>	DIRECCIÓN <u>Calle 39 # 14 - 34</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Compensar EPS - Unidad Calle 42</u>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Bogotá D.C.</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <u>eleccionesp@compensarsalud.com</u>	
TELÉFONOS <u>601 3077001 - 601 4441234</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>08</u> MES <u>05</u> AÑO <u>2017</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u>	
CARGO O CONTRATO <u>Médico Ginec Obstetra</u>	DEPENDENCIA <u>Unidad Servicios de Salud Calle 42</u>	DIRECCIÓN <u>Av 68 # 49 A 43</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Corsabi</u>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Bogotá D.C.</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <u>corporacioncorsabi@gmail.com</u>	
TELÉFONOS <u>318 291 7212</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>01</u> MES <u>04</u> AÑO <u>2021</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>31</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2022</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Médico Ginec Obstetra</u>	DEPENDENCIA <u>Ginecología</u>	DIRECCIÓN <u>Carrera 9 A # 17-55 Sur 2°</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Corsabi</u>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Bogotá D.C.</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <u>corporacioncorsabi@gmail.com</u>	
TELÉFONOS <u>318 291 7212</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>01</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2019</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>31</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2021</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Médico Ginec Obstetra</u>	DEPENDENCIA <u>Ginecología</u>	DIRECCIÓN <u>Carrera 9 A # 17-55 Sur 2°</u>	

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)

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 <u>Corsabi</u>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Bogotá D.C.</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá D.C.</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <u>capacitacion@corsabi.com</u>	
TELÉFONOS <u>318 791 7212</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>21</u> MES <u>12</u> AÑO <u>2018</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>30</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2019</u>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <u>Médico Ginecoobstetra</u>	DEPENDENCIA <u>Ginecología</u>	DIRECCIÓN <u>Carrera 9 A # 17-55 Sur 2</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	21	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	24	10

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).

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