



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>López</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Cuevara</u>	NOMBRES <u>Victor Andre's</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1.003.399.817</u>	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <u>1.003.399.817</u>	D.M. <u>51</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>09</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1988</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Córdoba</u> MUNICIPIO <u>Montería</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	

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:			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO	
										<input checked="" type="checkbox"/>	<u>12</u>	<u>2007</u>	

EDUCACION 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	
TE	4	<input checked="" type="checkbox"/>		Técnico en servicios farmacéuticos	05	2010	
TC	3	<input checked="" type="checkbox"/>		Técnico administrativo en salud	12	2014	
TL	6	<input checked="" type="checkbox"/>		Tecnólogo en regencia de farmacia	04	2022	A35380

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

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 <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>comunicaciones@homil.gov.co</i>
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Técnico de Servicio.</i>	DEPENDENCIA <i>Unidad de farmacia.</i>		DIRECCIÓN <i>Transversal 30 # 49-02.</i>
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Centro de Especialistas Cepurn IPS.</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>4320630.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="03"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar Servicio farmacéutico</i>	DEPENDENCIA <i>Área farmacia</i>		DIRECCIÓN <i>Autopista Norte # 108-27.</i>
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>EPSIFARMA.</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>4320630.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="10"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar Servicio farmacéutico.</i>	DEPENDENCIA <i>Área farmacia.</i>		DIRECCIÓN <i>Autopista Norte # 108-27</i>
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Caja colombiana de subsidio familiar COLSUBSIDIO</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>7447575</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar Servicio farmacéutico</i>	DEPENDENCIA <i>Área farmacia</i>		DIRECCIÓN <i>Calle 26 # 25-50</i>

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		10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	5

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_

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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