



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANCHEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUTIERREZ		NOMBRES CLAUDIA MILENA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52430597			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES 08 AÑO 1978 PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO CARTAGO			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		BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1995	

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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD	06	2019	52430597
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2013	1852015
PREGRADO	10	X		BACTERIOLOGIA	05	2001	27012006

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)

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																										
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS 3238555			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																		
			Día		02		Mes		08		Año		2021		Día				Mes				Año			
CARGO O CONTRATO ACTUAL SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN - DISPENSARIO NORTE																		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																										
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																		
			Día		01		Mes		08		Año		2017		Día		31		Mes		12		Año		2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CARRERA 7 - 100																		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																										
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS ESIMED S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS 7957155			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																		
			Día		30		Mes		10		Año		2015		Día		20		Mes		06		Año		2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN AUTOPISTA NORTE # 104 A 33																		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																										
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO CAQUETA			MUNICIPIO LA MONTAÑITA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS 3470200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																		
			Día		13		Mes		01		Año		2014		Día		12		Mes		01		Año		2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN - FUERTE MILITAR LARANDIA CAQUETA																		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																										
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOTAL EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS 4854555			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO																		
			Día		13		Mes		02		Año		2006		Día		22		Mes		07		Año		2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA INTEGRAL DE SERVICIO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 18 109 15																		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO UNIMELGAR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO MELGAR					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 2458171			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	04	Mes	07	Año	2003	Día	03	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA BACTERIOLOGA					DIRECCIÓN CARRERA 26 5 56 P-2 Melgar					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO VIOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 8349412			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	06	Mes	05	Año	2002	Día	05	Mes	11	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA BACTERIOLOGA					DIRECCIÓN AVENIDA EL PROGRESO VIOTA CUNDINAMARCA					

4

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					

5

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	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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