



Libertad y Orden

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Dickson	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cogollo	NOMBRES Yolima Esther
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 30666443	SEXO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	PAÍS COLOMBIA
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 12 AÑO 1981 País COLOMBIA DEPTO CÓRDOBA MUNICIPIO MONTERÍA		

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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1997	

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	
PREGRADO	10	X		TERAPIA FÍSICA	07	2005	30666443

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
ESPAÑOL		X			X			X	
INGLÉS	X			X			X		

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 DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA						DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA MANZANILLO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	03	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA						DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA MANZANILLO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	14	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA						DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA MANZANILLO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	26	Mes	01	Año	2021	Día	25	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA						DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA MANZANILLO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	03	Mes	02	Año	2020	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	02	Año	2019	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3163213486			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	26	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	13	Mes	03	Año	2017	Día	25	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3163213486			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	16	Mes	02	Año	2016	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3106247324			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	27	Mes	02	Año	2015	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3106247324			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	22	Mes	01	Año	2014	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA DE MANZANILLO			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3183679637			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	02	Año	2013	Día	31	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 52 21A 15 BOSQUE ISLA MANZANILLO			

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:
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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	8
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 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

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