FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CORREA	CANTILLO	GREISY MILAGRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1081792542	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 11 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO FUNDACIÓN

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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNÓLOGICA 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	12	X		MEDICINA	07	2012	42 1218

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	6	X		Capacitación para proveedores de atención primaria: intervenciones breves contra el tabaco (Curso virtual de la OMS)	04	2025
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	22	X		Curso virtual sobre la implementación del paquete técnico HEARTS en la Atención Primaria de Salud	04	2025
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1	X		Medición automática precisa de la presión arteria	04	2025
FUNDACION DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		RCP BASICO	01	2025
FUNDACION DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		RCP AVANZADO	01	2025
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud	01	2025
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		Curso Regional Prevención y Detección Temprana del Cáncer 2024	12	2024
DIGSA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCION INNTEGRAL VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	10	2024
DIGSA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ASESORIA Y CONSEJERIA EN SALUD REPRODUCTIVA ENFASIS EN PREVENCION DE VIH	09	2024
ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		HUMANIZACION DE SERVICIO Y GESTION DEL DUELO	01	2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
(UNIVERSIDAD DEL BOSQUE – NOVO NORDISK)	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	110	X		DIPLOMADO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENCION PRIMARIA	01	2024
AUDIFARMA´-MUTUAL SER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		CURSO DE POLIFARMACIA	11	2023
MUTUAL SER EPS -DAVITA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		SIMPOSIO PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y ENFERMEDADES PRECURSORAS	06	2022
FUNDEPIEL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		MASTER CLASS HERIDAS 2021	11	2021
ENCUENTRO LATINOAMERICANA DE VITAMINA D	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CERTIFACION PARTICIPACION EN VITAMINA D	11	2021
SENA EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		PROMOCION Y EJERCICIO DE LOS DDHH, PARA UNA CULTURA DE PAZ Y RECONCILIACION.	04	2021
SOCIEDAD COLOMBIANA CARDIOLOGIA/FARMA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		NUEVAS GUIAS CLINICAS DE HIPERTENSION	09	2020
MSD/IMPLANON	EDUCACIÓN INFORMAL	10	X		ENTRENAMIENTO EN LA TECNICA DE INSERCION Y RETIIRO DE IMPLANTES	10	2019
INTERNACIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION IPPF	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		MODULO DE PROTECCION Y PREVENCION DE LOS DERECHOS SEXUALES	06	2017
S.C.A.R.E	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	12	X		CURSO COLAPSO MATERNO	08	2014

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

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 MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* SERVICIO DE ATENCION EN SALUD						*DIRECCIÓN* - DISAN - BICOR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBSANAR IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105247910	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL DOMICILIARIO	*DEPENDENCIA* ATENCION DOMICIALIARIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 14 44 CRA 21 # 14 44					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CASALUD IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4210319	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	26	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL,	*DEPENDENCIA* ATENCION EN SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 18 31 CRA 18 # 21-31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA -PROFAMILIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3390900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	05	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL,	*DEPENDENCIA* ATENCION A SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 21 6 14 CALLE 21 # 6-14					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION DE TRABAJADORES DE LA SALUD				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3173317376	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	03	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL,	*DEPENDENCIA* ATENCION EN SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 19 26 76 CRA 19 # 26-76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION LABORAL INTEGRAL S.A.S				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	13	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL,	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD						*DIRECCIÓN* - CLINICA BAHIA - SANTA MARTA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FCV INSTITUTO DEL CORAZON DE SANTA MARTA				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4329100	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	03	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL,	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 26 71 CRA 4 #26.71					

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:*		*Año:*	
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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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 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

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*