



FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

**DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO Espinosa		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Lopez			NOMBRES Diego Fernando			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 14605493				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 14605493		D.M. 17		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	1999

**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	7	X		TECNOLOGIA EN ATENCION PREHOSPITALARIA	10	2006	
PREGRADO	13	X		MEDICINA	06	2018	14605493

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)

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 IDIOMAS**

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					

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

**EMPLEO O CONTRATO VIGENTE**

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> AGESOC - RED DE SALUD DEL CENTRO ESE		<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> COLOMBIA							
<b>DEPARTAMENTO</b> VALLE DEL CAUCA	<b>MUNICIPIO</b> CALI			<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>							
<b>TELÉFONOS</b> 4851717	<b>FECHA DE INGRESO</b>					<b>FECHA DE RETIRO</b>					
	Día	04	Mes	02	Año	2020	Día		Mes		Año
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> MÉDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		<b>DEPENDENCIA</b> AREA INTRAHOSPITALARIA			<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 12E 50 18						

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> RED SALUD DEL CENTRO DEL MUNICIPIO DE CALI		<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> COLOMBIA							
<b>DEPARTAMENTO</b> VALLE DEL CAUCA	<b>MUNICIPIO</b> CALI			<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>							
<b>TELÉFONOS</b> 4851717	<b>FECHA DE INGRESO</b>					<b>FECHA DE RETIRO</b>					
	Día	04	Mes	10	Año	2018	Día	03	Mes	10	Año
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> MÉDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		<b>DEPENDENCIA</b> URGENCIAS			<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 12E 50 18						

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Centro de estudios avanzados		<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> COLOMBIA							
<b>DEPARTAMENTO</b> VALLE DEL CAUCA	<b>MUNICIPIO</b> CALI			<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>							
<b>TELÉFONOS</b> 4851717	<b>FECHA DE INGRESO</b>					<b>FECHA DE RETIRO</b>					
	Día	15	Mes	01	Año	2010	Día	31	Mes	12	Año
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> DOCENCIA - SALUD		<b>DEPENDENCIA</b> AREA DE DOCENCIA			<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 40 5A 85						

**6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EL TAO		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI		CORREO ELECTRÓNICO		
TELÉFONOS 3168334541	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	Día: 15	Mes: 01	Año: 2010	Día: 31	Mes: 12 Año: 2016
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO		DIRECCIÓN CARRERA 40 5A 85		

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	12	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	6	11

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 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

24 de febrero de 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

[Empty box for observations]

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

*[Handwritten signature]*