



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AMAYA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES JACKELINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 67040240	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M _____		

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	<input type="text" value="07"/>	AÑO	<input type="text" value="2002"/>
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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				
UN	12	X		MEDICO	12	2	0	1	2	761058/12
ES	3	X		GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN TRABAJO	07	2	0	1	7	0663/19

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
INGLES	X				X		X		

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 OMNISALUD SAS		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asis.talentohumano@omnisalud.co		
TELÉFONOS (4) 4481044	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 04 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESP. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN AV 5TA N #20-40		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD EMSSANAR EPS		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD linethmercado@emssanar.org.co		
TELÉFONOS (2) 7336030	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 06 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO MEDICO AUDITOR INTEGRAL	DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA	DIRECCIÓN CARRERA 100 #11-60 LOCAL P7		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD SALUD LABORAL DEL VALLE		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD claudia.mejio@saludlaboralvalleips.com		
TELÉFONOS 3175019736	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 10 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 03 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO MEDICO ESP. SST	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN CALLE 6 N#2N-59		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD AGESOC (EMPRESA MISION RED SALUD CENTRO)		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coordinacionagesoczona200@gmail.com		
TELÉFONOS 3154377251	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO MEDICO SICO-MEDICO CONSULTA EXTERNA	DEPENDENCIA POOL AMBULANCIAS-AMBULATORIO	DIRECCIÓN CALLE 39N#4N-151		

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.

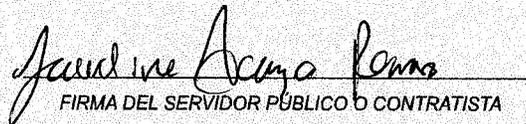
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	1

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 CALI, 12 ENERO DE 2023


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