



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RINCON		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SALCEDO		NOMBRES MARCO EMMANUEL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAIS <input type="radio"/> No. 72.161.507			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COLOMBIA COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <u>72161507</u>		D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="9"/> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ATLÁNTICO</u> MUNICIPIO <u>BARRANQUILLA</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS _____ DEPTO _____ MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____ EMAIL _____		

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	AÑO
											<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	10	X		MÉDICO Y CIRUJANO	08	1	9	9	6	2379
ES	2	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	04	1	9	9	9	
ES	2	X		ESPECIALISTA EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS	12	2	0	0	1	
ES	2	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	10	2	0	0	2	
UN	10	X		ABOGADO	03	2	0	1	2	214758
ES	2	X		ESPECIALISTA EN RESPONSABILIDAD Y SEGUROS	11	2	0	1	3	
MG	4	X		MAGISTER EN AUDITORÍA Y SISTEMAS DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD	12	2	0	1	5	

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

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SIS DIAGNOSTICOS		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
BOLÍVAR	CARTAGENA		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [0,1] MES [0,8] AÑO [2,0,2,1]		FECHA DE RETIRO DÍA [3,0] MES [0,8] AÑO [2,0,2,2]
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ASESOR COMERCIAL MÉDICO			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [0,5] MES [0,3] AÑO [2,0,2,1]		FECHA DE RETIRO DÍA [3,0] MES [1,1] AÑO [2,0,2,1]
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CONTRATISTA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITRIO METROPOLITANO		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [0,1] MES [0,9] AÑO [2,0,1,9]		FECHA DE RETIRO DÍA [3,0] MES [0,9] AÑO [2,0,2,0]
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
DIRECTOR MÉDICO		CRA 42F # 75B - 18	

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)

3 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 MI RED BARRANQUILLA IPS	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano@miredips.org	
TELÉFONOS 3185324761	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	
CARGO O CONTRATO GESTOR INSTITUCIONAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SABANALARGA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5.8783990	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="12"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	
CARGO O CONTRATO GERENTE (E)	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CI 25 # 8 - 25	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD AXA COLPATRIA	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3364677 EXT 5421	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="08"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO MÉDICO DE INGRESO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD NUEVA EPS	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4193000	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>	
CARGO O CONTRATO GERENTE REGIONAL DE SALUD	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CRA 85k # 46A – 66, P 2 Y 3	

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)

3 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 SURAMERICANA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLIN	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2602100	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="03"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR ATENCON EN SALUD MÉDICO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CRA. 64B # 49A - 30	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALLIANZ COLSEGUROS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5600600	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="04"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>	
CARGO O CONTRATO MÉDICO ZONAL	DEPENDENCIA SUCURSAL ATLÁNTICO UNIDAD MÉDICA ZONAL	DIRECCIÓN CRA. 13A # 29 - 24	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD COLSÁNITAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>	
CARGO O CONTRATO ASESOR MÉDICO PARA ATENCIÓN PRIMARIA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CLÍNICA LA ASUNCION	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3681148	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2002"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>	
CARGO O CONTRATO MÉDICO AUDITOR	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CL. 70B # 41 - 93	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	9

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).

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS