



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|   |  |   |  |  |                  |
|---|--|---|--|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Contreras  |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Perez |  | NOMBRES<br>Luz Mery  |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 63553890 |  |   | SEXO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>       | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>  |  | NÚMERO D.M.                             |  |  |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO   |  |   | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA   |  |                  |
| FECHA<br>DÍA 17 MES 03 AÑO 1984   |  |   | DIAGONAL 10 N null null CONJUNTO RESIDENCIAL LAS MARGARITAS MANZANA B CASA 14. |  |                  |
| PAÍS COLOMBIA   |  |   | PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR  |  |                  |
| DEPTO CESAR   |  |   | MUNICIPIO VALLEDUPAR   |  |                  |
| MUNICIPIO AGUACHICA   |  |   | TELÉFONO 3205513869 EMAIL contrerasperez_luzmery@hotmail.                      |  |                  |

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 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  |                            |
| POSTGRADO           | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 12          | 2009 |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | ECONOMIA  | 12          | 2005 |                            |

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

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<br>CLINICA SOMEDA                                 |  |  |  | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |      |     |    |     |    |     |  |      |
| DEPARTAMENTO<br>LA GUAJIRA  |  |  | MUNICIPIO<br>SAN JUAN DEL CESAR          |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |      |     |    |     |    |     |  |      |
| TELÉFONOS<br>7741845  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |      |     |    |     |    |     |  |      |
|   |  |  | Día                                      | 01           | Mes | 02           | Año |  | 2021 | Día | 15 | Mes | 03 | Año |  | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>GERENTE                                  |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA                  |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 7 2 116 BARRIO FELIX ARIAS          |      |     |    |     |    |     |  |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |  |              |     |              |     |  |      |     |    |     |    |     |  |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANA              |  |  |  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |      |     |    |     |    |     |  |      |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR   |  |  | MUNICIPIO<br>CHIRIGUANÁ                  |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |      |     |    |     |    |     |  |      |
| TELÉFONOS<br>5760286  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |      |     |    |     |    |     |  |      |
|   |  |  | Día                                      | 25           | Mes | 10           | Año |  | 2016 | Día | 17 | Mes | 06 | Año |  | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO        |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA                  |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 6 1 CALLE BOLIVAR CON CARRERA 7 |      |     |    |     |    |     |  |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |  |              |     |              |     |  |      |     |    |     |    |     |  |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA SAN JUAN BAUTISTA                      |  |  |  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |      |     |    |     |    |     |  |      |
| DEPARTAMENTO<br>LA GUAJIRA  |  |  | MUNICIPIO<br>SAN JUAN DEL CESAR          |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |      |     |    |     |    |     |  |      |
| TELÉFONOS<br>7741336  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |      |     |    |     |    |     |  |      |
|   |  |  | Día                                      | 01           | Mes | 12           | Año |  | 2011 | Día | 24 | Mes | 10 | Año |  | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>GERENTE GENERAL                          |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA CLINICA          |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 7 1 74 BARRIO FELIX ARIAS           |      |     |    |     |    |     |  |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |  |              |     |              |     |  |      |     |    |     |    |     |  |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFANE |  |  |  | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |      |     |    |     |    |     |  |      |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR   |  |  | MUNICIPIO<br>AGUACHICA                   |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |      |     |    |     |    |     |  |      |
| TELÉFONOS<br>5654854  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO  |      |     |    |     |    |     |  |      |
|   |  |  | Día                                      | 16           | Mes | 05           | Año |  | 2011 | Día | 01 | Mes | 12 | Año |  | 2011 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR                                   |  |  | DEPENDENCIA<br>ASESOR DE CONTROL INTERNO |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 5 A 30A 56 AGUACHICA - CESAR        |      |     |    |     |    |     |  |      |

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| 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          |      |      |  |

**5 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                | 3                     | 2        |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 8                     | 0        |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 0        |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>11</b>             | <b>2</b> |

**6 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 Nalledupar, 26 de Abril de 2024

[Firma]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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.

MPOT, 26-04-24  
Ciudad y fecha

J. M. Torres  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS