



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Perez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Guerra			NOMBRES Franklin	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 77160024				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" 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 77160024		D.M. 04
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 17 MES 07 AÑO 1966				CARRERA 19 D 5 N 53 CASA 9C QUINTA DEL ROSARIO		
PAÍS COLOMBIA				PAÍS COLOMBIA	DEPTO CESAR	
DEPTO CESAR				MUNICIPIO VALLEDUPAR		
MUNICIPIO SAN DIEGO				TELÉFONO 5623231	EMAIL franklinperezguerra@yahoo.es	

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	12	AÑO	1983

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	3	X			05	2009	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN SISTEMAS DE CALIDAD Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	05	2009	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA PUBLICA	03	2003	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	08	2001	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	1991	5357/94

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 5712339			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO			DEPENDENCIA ADMINISTRACION - ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 16 - 17 141 AVENIDA LA POPA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD NUEVA CLINICA DE SANTO TOMAS SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 5850093			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - GERENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 10 - 14 88			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION IPS SALUDCOOP				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 5806776			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDNADOR MEDICO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN DIAGONAL 16 15 09			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOTAL EPS MEDICALTH				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 5806776			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 12 14 49			

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES - EN LIQUIDACION			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5800007			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	03	Mes	09	Año	2014	Día	30	Mes	06	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CALLE 17 N 14 22							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	06	Mes	08	Año	2003	Día	19	Mes	07	Año	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN AV LA POPA							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	06	Mes	08	Año	2003	Día	19	Mes	07	Año	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO			DEPENDENCIA AREA SALUD				DIRECCIÓN CALLE 16 - 17 141 AVENIDA LA POPA							

4

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	7	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	9

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 VALE DUPAL 04 MAYO 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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