FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hernandez	Valdivieso	Karolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37844185	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 06 MES 02 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BOLÍVAR

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 150 A 22 15 TARRAGONA

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 3166969214 EMAIL karobac@hotmail.com

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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1997
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	09	2010	
PREGRADO	5	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	02	2004	7048/05

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		integridad transparencia y lucha contra la corrupcion	10	2022

4 IDIOMAS

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

5 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 CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3166969214	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	06	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBDIRECTOR(A) CIENTIFICA	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION CIENTIFICA"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 7 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	06	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD FLORIDABLANCA					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 lagos 3						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 lagos 3						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	18	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 Lagos 3						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076337000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	05	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE					*DIRECCIÓN* CALLE 35 10 43 Fase I: Calle 35 # 10-43 Piso 2						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3166969214	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 Lagos 3						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6077008888	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	04	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO AREA SALUD	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER					*DIRECCIÓN* CALLE 451 11 null 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD - ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076959990	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* APOYO DIAGNOSTICO- LABORATORIO					*DIRECCIÓN* CALLE 62 17A 76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 Lagos 3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6911050	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD EN SALUD Y ASEGURAMIEN					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 lagos 2					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076959990	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* APOYO DX- LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 62 17A 76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005156064	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD EN SALUD Y ASEGURAMIEN					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3005156064	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	08	*Mes*	05	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD EN SALUD Y ASEGURAMIEN					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076959990	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* APOYO DX- LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 62 17A 76						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3005156064	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD EN SALUD Y ASEGURAMIEN					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076959990	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 28 126						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3005156064	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD EN SALUD Y ASEGURAMIEN					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 33 5						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6441433	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	05	*Año* 2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA					*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076911050	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO DEPARTAMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 lAGOS II						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	28	*Mes*	05	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 LAGOS II						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6441473	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA					*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 42						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6750611	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2017	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 LAGOS II						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6750611	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	03	*Año* 2017	*Día*	23	*Mes*	09	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 LAGOS II						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076985833	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2016	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 0 NORTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3219094525	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* AEGURAMIENTO DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 LAGOS II						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076910030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	09	*Año* 2015	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 28 126						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076910030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2015	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 28 126					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076910030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2014	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 28 126					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2013	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR GENERAL	*DEPENDENCIA* CALIDAD Y ASEGURAMIENTO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 LAGOS II					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	08	*Año* 2012	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 29 5 33 LAGOS II					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null Carrera 9 Calle 12 Norte						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2010	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2010	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2010	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	01	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2010	*Día*	28	*Mes*	01	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2009	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2008	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	08	*Año* 2008	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CALLE 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6077000341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO.					*DIRECCIÓN* CALLE 9 12 null NORTE Carrera 9 Calle 12 Norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076985833	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 0 NORTE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076985833	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2006	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 12 0 NORTE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2005	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* carrera 9 calle 12 norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6487171	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2005	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* carrera 9 calle 12 norte					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6405757	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año* 2005	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL 541 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* carrera 9 calle 12 norte					

6 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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	14	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 INCOPATIBILIDAD 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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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*