



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Escobar	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Geliz	NOMBRES Tania Elvira	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No	1047457502	GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
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		BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	12	AÑO	2009

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		MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA	12	2023	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GESTION DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	08	2018	
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	12	2015	SI

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

4

IDIOMAS

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

5

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				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS									
MEDICAL TALENTO HUMANO VIRREY SOLIS IPS						X		COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD											
TELÉFONOS 60174257		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO											
		Día	20	Mes	09	Año	2023	Día	22	Mes	08						
CARGO O CONTRATO ACTUAL 6142 / 15 COORDINADORA		DEPENDENCIA C.2 GESTIÓN DEL RIESGO				Año											
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS									
IPS VIRREY SOLIS MEDICALL TALENTO HUMANO				X		COLOMBIA											
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD											
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO											
		Día	25	Mes	08	Año	2021	Día	28	Mes	04						
CARGO O CONTRATO ACTUAL 3196 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ		DEPENDENCIA ÁREA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD				Año											
				DIRECCIÓN CARRERA 4G 66A 8													

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO CLINICA CRECER			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 6016421080	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	11	Mes	03	Año	2020	Día	14	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 3997- 2013 COORDINADORA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y CALIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 44 27 113 barrio amberes				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE BOLIVAR			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 6549216	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	25	Mes	01	Año	2018	Día	24	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA DE APOYO A GESTION	DEPENDENCIA 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN AUTOPISTA 3 null null kilometro 3 turbaco				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE BOLIVAR			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 6549216	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	28	Mes	04	Año	2017	Día	27	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA DE APOYO A GESTION	DEPENDENCIA 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN AUTOPISTA 3 null null kilometro 3 turbaco				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE BOLIVAR			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 6016549216	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	01	Mes	07	Año	2016	Día	30	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA DE APOYO A GESTION	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD						DIRECCIÓN				

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	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	11
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

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