



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |  |                                        |  |                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Ochoa                                                                                                               |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Díaz |  | NOMBRES<br>Margarita María                                        |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 22806640 |  | GÉNERO<br>F                            |  | NACIONALIDAD<br>EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO                                      |  | D.M.                                   |  |                                                                   |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA                                                                                            |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA           |  |                                                                   |  |
| PAÍS                                                                                                                                   |  | PAÍS                                   |  | DEPTO                                                             |  |
| DEPTO                                                                                                                                  |  | MUNICIPIO                              |  |                                                                   |  |
| MUNICIPIO                                                                                                                              |  | TELÉFONO                               |  |                                                                   |  |

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             | 11 | AÑO               | 1997 |

**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           | 10                      | X        |    | DOCTORADO EN MEDICINA TROPICAL           | 10          | 2018 | 11315                      |
| POSTGRADO           | 0                       | X        |    | MEDICINA TROPICAL                        | 08          | 2011 | 11315                      |
| PREGRADO            | 12                      | X        |    | MEDICINA                                 | 12          | 2005 | 11315                      |

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

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 |
| FRANCÉS   | X        |   |    | X      |   |    | X          |   |    |
| INGLÉS    |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |
| PORTUGUÉS |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |

## 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<br>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD                                  |  |  |                                      | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                              |     |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>2207700                                                              |  |  | FECHA DE INGRESO                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                               |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                   |  |  | Día                                  | 30           | Mes | 01           | Año | 2026                                          | Día |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AASESOR TECNICO                                        |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO DEL DIRECTOR |              |     |              |     | DIRECCIÓN                                     |     |  |     |  |     |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                                         |  |  |                                      |              |     |              |     |                                               |     |  |     |  |     |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA ELIAS BECHAR ZAINUM |  |  |                                      | PÚBLICA<br>A |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                              |     |  |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                           |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS     |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |  |     |  |     |  |
| TELÉFONOS<br>3135461314                                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                               |     |  |     |  |     |  |
|                                                                                   |  |  | Día                                  | 21           | Mes | 01           | Año | 2019                                          | Día |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DOCENTE INVESTIGADOR                                   |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE MEDICINA      |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AV. EL BOSQUE TRANSV 54 # 30-453 |     |  |     |  |     |  |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                                                            |  |  |                                     |              |     |              |     |                                                        |                 |    |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--------------------------------------------------------|-----------------|----|-----|----|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                 |  |  |                                     |              |     |              |     |                                                        |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>UNIVERSIDAD DE CARTAGENA                                                              |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                                                    |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                                                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |              |     |                                                        | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                                                                            |  |  | Día                                 | 16           | Mes | 07           | Año | 2012                                                   | Día             | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DOCENTE UNIVERSIDAD                                                             |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE MEDICINA     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 6 36 100 SAN AGUSTIN              |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                 |  |  |                                     |              |     |              |     |                                                        |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS DISTRITO<br>TURISTICO, HISTORICO Y CULTURAL |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                                                    |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>6501092                                                                                       |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |              |     |                                                        | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                                                                            |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 02           | Año | 2019                                                   | Día             | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                                                     |  |  | DEPENDENCIA<br>VIGILANCIA Y CONTROL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CENTRO CRA 71 #21                         |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                 |  |  |                                     |              |     |              |     |                                                        |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PAHO                                            |  |  |                                     | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                                                    |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3144141                                                                                       |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |              |     |                                                        | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                                                                            |  |  | Día                                 | 13           | Mes | 10           | Año | 2016                                                   | Día             | 14 | Mes | 11 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                                                     |  |  | DEPENDENCIA<br>ACADEMICA Y SALUD    |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 66N 11 50, Piso 6 Edificio Villorio |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                 |  |  |                                     |              |     |              |     |                                                        |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL BOCAGRADE                                                                    |  |  |                                     | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                                                    |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>6933052                                                                                       |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |              |     |                                                        | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                                                                            |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 12           | Año | 2006                                                   | Día             | 31 | Mes | 03 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO DE PLANTA DE URGENCIAS                                                   |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE MEDICINA     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>BOCAGRADE Cl. 5a #6-49                    |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                 |  |  |                                     |              |     |              |     |                                                        |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MONTE CARMELO DE EL CARMEN DE BOLIVAR                                        |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                       |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                                                    |  |  | MUNICIPIO<br>EL CARMEN DE BOLÍVAR   |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                                                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |              |     |                                                        | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                                                                            |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 02           | Año | 2006                                                   | Día             | 31 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO                                         |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE MEDICINA     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARMEN DE BOLIVAR                         |                 |    |     |    |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE                                                         |  |  |                                  |              |      |              |      |                                                      |      |    |      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|--------------|------|--------------|------|------------------------------------------------------|------|----|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM - UNISINU - |  |  |                                  | PÚBLICA      |      | PRIVADA<br>X |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |      |    |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                          |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS |              |      |              |      | CORREO ELECTRÓNICO                                   |      |    |      |
| TELÉFONOS                                                                        |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |      |              |      | FECHA DE RETIRO                                      |      |    |      |
|                                                                                  |  |  | Día:                             | 21           | Mes: | 01           | Año: | 2019                                                 | Día: |    | Mes: |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>CIENCIAS DE LA SALUD                                     |  |  | NIVEL EDUCATIVO<br>POSTGRADO     |              |      |              |      | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 54 SUR 30 729 SUR AV. EL BOSQUE |      |    |      |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE                                                         |  |  |                                  |              |      |              |      |                                                      |      |    |      |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>UNIVERSIDAD DE CARTAGENA                                |  |  |                                  | PÚBLICA<br>X |      | PRIVADA      |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |      |    |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                                          |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS |              |      |              |      | CORREO ELECTRÓNICO                                   |      |    |      |
| TELÉFONOS<br>3008037577                                                          |  |  | FECHA DE INGRESO                 |              |      |              |      | FECHA DE RETIRO                                      |      |    |      |
|                                                                                  |  |  | Día:                             | 17           | Mes: | 07           | Año: | 2012                                                 | Día: | 31 | Mes: |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>CIENCIAS DE LA SALUD                                     |  |  | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO      |              |      |              |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 6 NORTE 36 100 SEDE SAN AGUSTIN |      |    |      |

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            | 6                     | 10    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 8                     | 5     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 1                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 13                    | 8     |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento

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