



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Costillo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Mendiola</u>	NOMBRES <u>Daniel Enrique</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1030536760</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO <u>1030536760</u>	D.M. <u>2</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1987</u> PAÍS <u>Venezuela</u> DEPTO. <u>Maracaibo</u> MUNICIPIO <u>Zulia</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 64 # 78 A 24</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO. <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Cundinamarca</u> TELÉFONO <u>2310913</u> EMAIL <u>daniel-costillo@h</u>	

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:
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	
											MES <u>12</u> AÑO <u>2003</u>

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	
UN	9	☒		Terapeuta respiratorio	06	2011	1030536760

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
Inglés	☒			☒			☒		

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de servicios de salud	☒		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3282828	DÍA 05 MES 08 AÑO 2016		DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Termino fijo			Carrera 14 B # 1-45 Sur		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Sociedad de Cirujia - Hospital de San Jose		☒	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Cundinamarca				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
353 8000	DÍA 01 MES 11 AÑO 2012		DÍA 24 MES 10 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Indefinido			Calle 10 # 18-75		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Esencial IPS		☒	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Cundinamarca				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7022855	DÍA 01 MES 10 AÑO 2011		DÍA 10 MES 04 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Indefinido			Calle 42 # 13 A-11		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Clinica del Occidente S.A (Solmedic)		☒	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Cundinamarca				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
4254620	DÍA 01 MES 03 AÑO 2011		DÍA 06 MES 06 AÑO 2011		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Indefinido			Av. Americas # 71C - 29		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

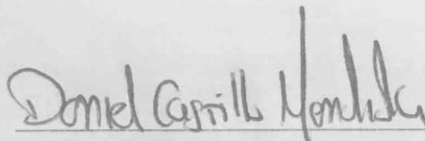
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
	1 año	2 meses
	6 años	7 meses
		3 Meses
	8 años	

5 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).


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS