



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Gonzalez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Hollman		NOMBRES Alvaro Manuel	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 72219564			SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☒		NÚMERO 72219564	D.M. 55

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	AÑO	1993

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	2	X		MAESTRIA EN MERCADEO	12	2015	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	08	2009	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	09	2006	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2001	70221/02

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
INGLÉS			X			X		X	

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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4377630			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR TECNICO°			DEPENDENCIA DIRECCION DE PRIMERA INFANCIA					DIRECCIÓN						
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 3015353316			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2020	Día	21	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIO SECCIONAL O LOCAL DE SALUD			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN Kilometro 3 Subida a Turbaco, El Cortijo, CAD						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MEDIMAS EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6562200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	05	Año	2018	Día	24	Mes	05	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENCIA REGIONAL			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN Pie del Cerro, Sector El Espinal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DE BOLIVAR (DAPS)				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO TURBACO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6517444			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2017	Día	30	Mes	11	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA DEPARTAMENTO DE ASEGURAMIENTO					DIRECCIÓN Carretera Cartagena - Turbaco, Km 3, El Cortio						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DE BOLIVAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3187068588			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	24	Mes	04	Año	2017	Día	23	Mes	08	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMEN					DIRECCIÓN Kmto 3 Vía Turbaco Gobernacion de Bolívar						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD IAC GESTION ADMINISTRATIVA (GRUPO SALUDCOOP)				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6562200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	03	Año	2012	Día	25	Mes	05	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR SECCIONAL			DEPENDENCIA ASEGURAMIENTO					DIRECCIÓN Pie del Cerro Sector El Espinal # 29 B - 57						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EFECTIVA CTA (GRUPO EMPRESARIAL SALUDCOOP)				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6562200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	06	Año	2007	Día	15	Mes	03	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR SECCIONAL			DEPENDENCIA ASEGURAMIENTO					DIRECCIÓN PIE DEL CERRO SECTOR EL ESPINAL 29 B - 57						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION IPS SALUDCOOP				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SUCRE			MUNICIPIO SINCELEJO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2811662			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2003	Día	03	Mes	06	Año	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO (AUDITOR)			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN AV LAS PEÑITAS CRA 25 NO 20a - 18 SINCELEJO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN MARCOS - SUCRE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SUCRE			MUNICIPIO SAN MARCOS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 064279888			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	08	Año	2001	Día	27	Mes	08	Año	2002
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN						

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 ÚNICO

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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	10

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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