



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Arias	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Velez	NOMBRES Lucas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 71788308	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> NÚMERO 71788308 D.M. 48		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 04 MES 04 AÑO 1978 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLÍN	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	

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	12	AÑO	1994
										X				

**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		ESPECIALIZACION EN FARMACODEPENDENCIA	12	2007	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	09	2017	71788308
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2003	05039404

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			X						X

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



RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD SERVID SALUD INTEGRAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO EL CARMEN DE VIBORAL					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6042965170			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	12	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER (COORDINADOR)			DEPENDENCIA AREA SALUD MENTAL					DIRECCIÓN CALLE 53A 80A 48 kilometro 6 vereda cristo rey						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MEDELLIN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLIN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6043859655			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	31	Mes	01	Año	2014	Día	14	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER DE PROYECTO			DEPENDENCIA AREA DE INCLUSION SOCIAL					DIRECCIÓN CALLE 44 52 155						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MEDELLIN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLIN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6043855555			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	10	Año	2007	Día	30	Mes	01	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICOS GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE INCLUSION SOCIAL					DIRECCIÓN CALLE 44 52 165						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS CIS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLIN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6043547140			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	12	Año	2006	Día	13	Mes	03	Año	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 63A 32D 31						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARA DE SERVICIOS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLIN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6043547140			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	03	Año	2006	Día	06	Mes	12	Año	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 63A 32D 31						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE GILBERTO MEJIA MEJIA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO RIONEGRO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día	01	Mes	08	Año	2003	Día	31	Mes	01	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD		DIRECCIÓN CARRERA 70 40 68 Rionegro antioquia								

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD CATOLICA LUIS AMIGO		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN		CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS 6044487666	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día:	29	Mes:	10	Año:	2015	Día:	15	Mes:	11	Año:
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO		DIRECCIÓN TRANSVERSAL 51A 67B 90								

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN		CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día:	01	Mes:	12	Año:	2014	Día:		Mes:		Año:
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS Y HUMANIDADES PERSONALES	NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO		DIRECCIÓN								

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN		CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS 6042195286	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
	Día:	18	Mes:	05	Año:	2007	Día:	26	Mes:	08	Año:
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO		DIRECCIÓN CALLE 67 53 108								

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	15	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>18</b>	<b>0</b>

**6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ~~X~~ 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