



FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
PERSONA NATURAL

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)



ENTIDAD RECEPTORA



HOSPITAL  
SAN JOSÉ  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
POPIYAN

I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>NARVAEZ</b>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>SANCHEZ</b>		NOMBRES <b>ANDRÉS ALBERTO</b>	
SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE NAL. <input type="checkbox"/> 2 EXTRANJERO <input type="checkbox"/> 3	PAÍS EXTRANJERO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA NACIONALES C.C. <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> 2 OTRO <input type="checkbox"/> 3 NÚMERO <b>12.914.103</b>	
LIBRETA MILITAR CLASE <input type="checkbox"/> 1a <input checked="" type="checkbox"/>	NÚMERO <b>12.914.103</b>	D.M. <b>55</b>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EXTRANJEROS C.E. <input type="checkbox"/> 1 NIT <input type="checkbox"/> 2 NÚMERO		PASAPORTE <input type="checkbox"/> 3 NÚMERO
LUGAR DE NACIMIENTO - MUNICIPIO <b>MERCADERES</b>		DEPARTAMENTO <b>CAUCA</b>		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
				FECHA DE NACIMIENTO 20 12 1966 DIA MES AÑO	
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>URB. EL CASTILLO-PRADERA 5 CASA 58</b>		MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO <b>POPAYAN, CAUCA</b>		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
				TELÉFONOS DE CONTACTO <b>3331535 - 3746620</b>	

II. FORMACIÓN ACADÉMICA

1. 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										MEDIA	TÍTULO OBTENIDO : BACHILLER TÉCNICO INDUSTRIAL																
PRIMARIA					SECUNDARIA					ESTABLECIMIENTO DONDE CURSÓ EL ÚLTIMO AÑO					MUNICIPIO					FECHA DE TERMINACIÓN							
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	X	I.T.I.N.					TUMACO					MES			AÑO			

2. 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, "DC" (DOCTORADO O PHD). RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (\* SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY DE CARÁCTER ESTATUTARIO).

MODALIDAD ACADÉMICA	* SEMEST. APROBADO	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL *
		SI	NO			MES	AÑO	
UN	10	X		DOCTOR EN ODONTOLOGÍA	UNIVERSIDAD CENTRAL	12	1992	238
ES	3	X		ESP. ADMON HOSPITALARIA	ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS CONVENIO UNICAUCA	5	2004	
ES	2	X		ESP. CONTROL INTEG. GESTION Y AUDITORIA EN SALUD	UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI	2	2012	

\* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS CONVIÉRTALOS A SEMESTRES.

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE : CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR  
RELACIONE : CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
SEMINARIO CONTRATACIÓN ESTATAL ARTICULADA CON EL ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN, CON ENFASIS EN LAS INTERVENTORIAS Y DECRETO LEY ANTITRÁMITES	CONSULTORES OFICIALES	16	2 0 1 2
NOVENO CONGRESO NACIONAL ACCIÓN POR LA SALUD DE TODOS	ACESI CONVENIO FUNDACION SUPERIOR PARA EL DESARROLLO INTEGRAL	16	2 0 1 1
CURSO AUDITOR INTERNO EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI	24	2 0 1 1
II SIMPOSIO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CENTRO MÉDICO IMBANACO	16	2 0 1 1



FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

ENTIDAD RECEPTORA



HOSPITAL  
SAN JOSÉ

APELLIDOS Y NOMBRES : NARVAEZ SANCHEZ ANDRÉS ALBERTO X ☐ CE ☐ PASAP ☐ OTRO No. 12914103 HOJA No. 2

3. OTROS ESTUDIOS (Continuación).

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
SEMINARIO CAMBIOS EN EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	ACESI CONVENIO FUNDACION SUPERIOR PARA EL DESARROLLO INTEGRAL	16	2 0 1 1
CONTRIBUCION DURANTE LA INTENSIFICACIÓN DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN Y LA RUBEOLA EN COLOMBIA-2010	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	8	2 0 1 0
TALLER NORMATIVIDAD SOBRE LAS RELACIONES ENTRE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, GOBERNACIÓN DEL CAUCA Y SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	16	2 0 0 9
SEMINARIO TALLER CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	ACESI CONVENIO FUNDACION SUPERIOR PARA EL DESARROLLO INTEGRAL	16	2 0 0 9
1er. CONGRESO ACREDITACION EN SALUD Y SEGURIDAD PACIENTE	GOBERNACION VALLE DEL CAUCA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL CONVENIO "COHOSVAL"	16	2 0 0 9

III. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES


2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE : HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA, REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

IV. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES :

A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO

B) PARA DEDICACIÓN : TC = TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACIÓN (EN ESTE CASO INDIQUE CUÁL)

C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 01 TERMINACIÓN DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERÍODO | 05 Cese de actividades del EMPLEADOR POR MÁS DE 120 DÍAS | 09 REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO |
| 02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA     | 06 ABANDONO DEL CARGO                                    | 10 JUBILACIÓN O PENSIÓN DE INVALIDEZ      |
| 03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE    | 07 DECISIÓN UNILATERAL O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA   | 11 RENUNCIA VOLUNTARIA                    |
| 04 CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESIÓN DEL CARGO            | 08 SENTENCIA EJECUTORIADA                                | 12 POR MUTUO ACUERDO                      |

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 2	X	z	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN	
CAUCA	CALOTO	CALLE 10 CARRERA 5 ESQ.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	TIEMPO DE SERVICIO	DEDICACIÓN
8258311 - 8258388	17 4 2007	4 11 14	TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		
GERENTE	GERENCIA		

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA **FUNCION PUBLICA****ENTIDAD RECEPTORA**

**HOSPITAL  
SAN JOSE**  
CALLE 100 N. DEL SUR  
PORENO

APELLIDOS Y NOMBRES :	NARVAEZ SANCHEZ ANDRÉS ALBERTO	X	CE	PASAP	OTRO	No. 12914103	HOJA No. 3
-----------------------	--------------------------------	---	----	-------	------	--------------	------------

**EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES**

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL NIÑA MARÍA DE CALOTO	X	2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
CAUCA	CALOTO	CALLE 10 CARRERA 5 ESQUINA CALOTO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN			ESPECIFIQUE "OD"			
8242566	20	1	2004	17	4	2007	3	2	28	TC	<input checked="" type="checkbox"/> MT	2		TP	3	OD
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS							

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
DIRECTOR	DIRECCION	

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MUNICIPIO DE CALOTO	X	2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
CAUCA	CALOTO	CALLE 14 -4-67

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN			ESPECIFIQUE "OD"			
8258336 - 37- 39	14	8	2003	6	1	2004		4	23	TC	<input checked="" type="checkbox"/> MT	<input type="checkbox"/> 2		TP	<input type="checkbox"/> 3	OD

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
SECRETARIO DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD	

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DEL PATIA	X	2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO CAUCA	MUNICIPIO PATIA	DIRECCIÓN CARRERA 3 N. 4-67
-----------------------	--------------------	--------------------------------

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
8262465	1	9	1994	30	12	1995	1	4	0	TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS		

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
ODONTOLOGO		

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL EL BORDO CAUCA	X	2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
CAUCA	EL BORDO	CARRERA 4 No. 6-43

TELÉFONOS 8262000-20	FECHA DE INGRESO 2 6 1993 DIA MES año	FECHA DE RETIRO 30 8 1994 DIA MES año	TIEMPO DE SERVICIO 1 2 29 años meses días	DEDICACIÓN TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input checked="" type="checkbox"/> TP <input checked="" type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE *OD*
-------------------------	---	---	---	---	------------------

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
ODONTOLOGO		

### ACTIVIDADES PARTICULARES

A) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, QUE ACUMULEN SEMANAS DE SERVICIO PARA EFECTOS PENSIONALES.

[illegible]



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA **FUNCIÓN PÚBLICA**

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

ENTIDAD RECEPTORA



**HOSPITAL  
SAN JOSÉ**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
PEREIRA

11  
41

APELLIDOS Y NOMBRES : NARVAEZ SANCHEZ ANDRÉS ALBERTO X CE PASAP OTRO No. 12.914.103 HOJA No. 4

B) RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, ESTANDO VINCULADO SIMULTÁNEAMENTE CON UNA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO

**V. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA Y SITUACIÓN LABORAL**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS, MESES Y DÍAS, QUE RESULTA DE SUMAR LAS VINCULACIONES LABORALES EN EL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO O COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, RESPECTIVAMENTE, Y SI SE ENCUENTRA VINCULADO O NO.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA			VINCULADO	
	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO
SERVIDOR PÚBLICO	9	23	94	X	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO					
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA					
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA					

INDIQUE EL NOMBRE DE LA ÚLTIMA ENTIDAD PÚBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE LABORÓ O LABORA COMO SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 2

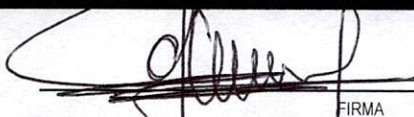
**VI. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SÍ \_\_\_\_ NO   x   ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS O EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (ARTÍCULO 1o. DE LA LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES

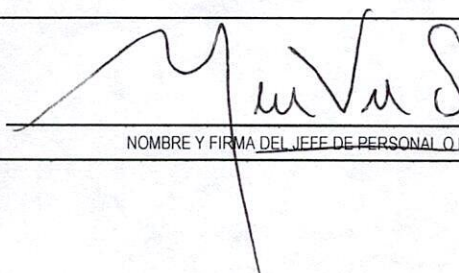
**VII. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

  
FIRMA

**VIII. OBSERVACIONES DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE (ART. 4o. DE LA LEY 190/95).



LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 9800-17770

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA **FUNCIÓN PÚBLICA**

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
PERSONA NATURAL  
(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

**HOJA ADICIONAL**

ENTIDAD RECEPTORA



**HOSPITAL**  
**SAN JOSÉ**  
FARMACIA

12

APELLIDOS Y NOMBRES : **NARVAEZ SANCHEZ ANDRÉS ALBERTO** X ☐ CE ☐ PASAP ☐ OTRO No. **12.914.103**

ESTA HOJA DEBE UTILIZARSE PARA ADICIONAR O ACTUALIZAR EDUCACIÓN SUPERIOR Y OTROS ESTUDIOS, REGISTRADOS INICIALMENTE EN EL FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, PERSONA NATURAL.

**FORMACIÓN ACADÉMICA (CONTINUACIÓN)**

**2. EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DETERMINE LA MODALIDAD ACADÉMICA (TIPO DE PROGRAMA) DE LOS ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR QUE HA APROBADO, EL NÚMERO DE SEMESTRE, SI ES GRADUADO O NO Y EL NOMBRE RESPECTIVO. SEÑALE EL ESTABLECIMIENTO DONDE ESTUDIA O ESTUDIÓ LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS DE ESTE NIVEL, EL MES Y AÑO DE TERMINACIÓN, Y SI SU O SUS PROFESIONES ESTÁN REGLAMENTADAS, AGREGUE AL FRENTE LA CLASE Y EL NÚMERO DE LA TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL RESPECTIVA.

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, "DC" (DOCTORADO O PHD). RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (\* SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY DE CARÁCTER ESTATUTARIO).

MODALID. ACADÉM.	* SEMEST. APROBADO	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL *
		SI	NO			MES	AÑO	

\* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS CONVIÉRTALOS A SEMESTRES.

**3. OTROS ESTUDIOS**

DETALLE EL NOMBRE Y EL ESTABLECIMIENTO DE LOS OTROS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR; IGUALMENTE, LOS EVENTOS DE CAPACITACIÓN, TOMADOS A TRAVÉS DE LOS DEPARTAMENTOS DE CAPACITACIÓN O DESARROLLO HUMANO DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS DONDE HA LABORADO Y QUE PUEDAN SER CERTIFICADOS POR ÉSTAS. SEÑALE FRENTE A CADA UNO ADEMÁS, EL NÚMERO DE HORAS DE DURACIÓN Y EL AÑO EN QUE SE REALIZÓ.

RELACIONE : CAP DEL SENA, CURSOS, DIPLOMADOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
TALLER EVALUACIÓN DE GERENTES Y/O DIRECTORES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	8	2 0 0 8
VERIFICADOR CONDICIONES DE HABILITACIÓN U. JAVERIANA	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	182	2 0 0 8
SEMINARIO ORIENTACIONES GENERALES PARA LA CONTRATACION CON COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO EN EL SECTOR SALUD	DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA Y MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL	8	2 0 0 6
SEGUNDO CONGRESO REGIONAL DE SALUD OCUPACIONAL	ARP SEGURO SOCIAL SECCIONAL CAUCA Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS LTDA.	16	2 0 0 6
TERCER COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEPARTAMENTAL, RED DEPARTAMENTAL DE INFANCIA Y FAMILIA Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	BOGERNACION DEL CAUCA Y DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD	24	2 0 0 6
GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN PARA CUERPOS DE BOMBEROS	SISTEMA NACIONAL DE BOMBEROS DE COLOMBIA BENEMÉRITO CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE CALI	20	2 0 0 5
SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE ACCIÓN POR LA SALUD	ACESI	14	2 0 0 5
PRIMER CONGRESO REGIONAL DE SALUD OCUPACIONAL	COMITÉ SECCIONAL DE SALUD OCUPACIONAL DEL CAUCA	16	2 0 0 5
FORO NACIONAL PERSPECTIVAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA	FUNDACION INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIA PARA EL DESARROLLO SOCIAL	16	2 0 0 4
TALLER PRESUPUESTO, COSTOS Y CONTRATACIÓN	DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD	20	2 0 0 4
PRIMER CONGRESO DE CALIDAD EN SALUD	CLÍNICA LA ESTANCIA Y EQUIMED S.A	20	2 0 0 4
PRIMER CONGRESO NACIONAL DE ACCIÓN POR LA SALUD	ACESI Y FEDERACIÓN COLOMBIANA DE COOPERATIVAS DE HOSPITALES	16	2 0 0 4





FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
PERSONA NATURAL  
(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

HOJA ADICIONAL

ENTIDAD RECEPTORA



HOSPITAL  
SAN JOSÉ

14

APELLIDOS Y NOMBRES : NARVAEZ SANCHEZ ANDRÉS ALBERTO

X CE PASAP OTRO No. 12.914.103

ESTA HOJA DEBE UTILIZARSE PARA ADICIONAR O ACTUALIZAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EXPERIENCIA LABORAL, REGISTRADA INICIALMENTE EN EL FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, PERSONA NATURAL.

EXPERIENCIA LABORAL (CONTINUACIÓN)

MARQUE CON X SI EL SECTOR EN EL QUE PRESTA O PRESTÓ SUS SERVICIOS ES PÚBLICO O PRIVADO: SI LABORA EN UNA ENTIDAD DEL ESTADO COMO SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MARQUE LA CASILLA "PÚBLICA", SI ES O FUE EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA, MARQUE LA CASILLA "PRIVADA". MARQUE CON X LA DEDICACIÓN LABORAL; EN CASO DE CORRESPONDER A LA ALTERNATIVA "OD" (OTRA DEDICACIÓN), ESPECIFIQUE EL TIPO. EL SIGUIENTE ESPACIO SÓLO SE LLENA CON EL CARGO O CONTRATO ACTUAL.

EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA PRIVADA PAÍS  
1 2

DEPARTAMENTO MUNICIPIO DIRECCIÓN

TELÉFONOS FECHA DE INGRESO TIEMPO DE SERVICIO DEDICACIÓN ESPECIFIQUE "OD"  
DIA MES AÑO AÑOS MESES DIAS TC 1 MT 2 TP 3 OD 4

CARGO O CONTRATO ACTUAL DEPENDENCIA

EN LOS SIGUIENTES ESPACIOS RELACIONE EXPERIENCIA ANTERIOR, QUE NO HAYA INCLUIDO EN EL FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, DILIGENCIADO INICIALMENTE.

EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA PRIVADA PAÍS  
1 2

DEPARTAMENTO MUNICIPIO DIRECCIÓN

TELÉFONOS FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO TIEMPO DE SERVICIO DEDICACIÓN ESPECIFIQUE "OD"  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO AÑOS MESES DIAS TC 1 MT 2 TP 3 OD 4

ÚLTIMO CARGO O CONTRATO DEPENDENCIA C.R.

EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA PRIVADA PAÍS  
1 2

DEPARTAMENTO MUNICIPIO DIRECCIÓN

TELÉFONOS FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO TIEMPO DE SERVICIO DEDICACIÓN ESPECIFIQUE "OD"  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO AÑOS MESES DIAS TC 1 MT 2 TP 3 OD 4

ÚLTIMO CARGO O CONTRATO DEPENDENCIA C.R.

ACTIVIDADES PARTICULARES

RELACIONE LAS ACTIVIDADES PARTICULARES, INDICANDO LA CLASE Y SEÑALANDO SI LA ENTIDAD ES PÚBLICA O PRIVADA.

A) EN ESTE PRIMER CUADRO, INDIQUE LAS QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA ACTUALMENTE, SIN ESTAR VINCULADO SIMULTÁNEAMENTE CON UNA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN AÑOS Y MESES; ES DECIR, LAS QUE ACUMULEN SEMANAS DE SERVICIO PARA EFECTOS PENSIONALES.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TIEMPO DE SERVICIO	
				No. AÑOS	MESES

B) EN ESTE ESPACIO, RELACIONE LAS QUE HA DESARROLLADO O DESARROLLA, ESTANDO VINCULADO SIMULTÁNEAMENTE CON UNA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA.

CLASE DE ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO