



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Valderrama		NOMBRES Jania Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 109017710			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 19 MES 10 AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Norte de Santander MUNICIPIO Acacia					

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				
									<input checked="" type="checkbox"/>	MES 12	AÑO 2011		

EDUCACION 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	
MG	4	X		Magister en docencia	04	2021	
ES	2	X		Especialista en docencia universitaria	11	2019	
UN	0	X		Enfermera	3	2016	109017710

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

1
259
188

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 Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Bogotá		MUNICIPIO Bogotá	PAÍS Colombia
TELÉFONOS 3486668	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Bogotá		MUNICIPIO Bogotá	PAÍS Colombia
TELÉFONOS 3486668	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Bogotá		MUNICIPIO Bogotá	PAÍS Colombia
TELÉFONOS 3486668	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Bogotá		MUNICIPIO Bogotá	PAÍS Colombia
TELÉFONOS 3486668	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	

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

2
260
df

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 Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 12 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 12 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 11 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 11 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TU 3C # 49-02	

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

2
2019

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 Hospital Militar Central	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input checked="" type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN TV 3C. # 49-02	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

2
262
EF

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
SERVIDOR PÚBLICO	7	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	7

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS