



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 AGUDELO	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) CHAPARRO	NOMBRES DANIELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1055314977</u>	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 <u>2,6</u> MES <u>0,1</u> AÑO <u>1,9,9,6</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>BOYACÁ</u> MUNICIPIO <u>SOGAMOSO</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: BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO 07			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	<u>1,2</u>	AÑO	<u>2,0,1,2</u>
										<input checked="" type="checkbox"/>				

**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				
UN	9	X		PREGRADO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	11	2	0	2	0	1055314977

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
	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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
DEPARTAMENTO <b>CUNDINAMARCA</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>3486868</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="04"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>NUTRICIONISTA DIETISTA</b>	DEPENDENCIA <b>Servicio de Nutrición Clínica</b>	DIRECCIÓN <b>Tranversal 3C 49 2</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>CENTRO MEDICO EGEIRO SAS</b>		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
DEPARTAMENTO <b>BOYACÁ</b>	MUNICIPIO <b>SOGAMOSO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>centromedicoegeiro@gmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3115574140 – 3174354649</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	
CARGO O CONTRATO <b>NUTRICIONISTA DIETISTA</b>	DEPENDENCIA <b>Consulta externa</b>	DIRECCIÓN <b>Calle 21 #8 10</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>CENTRO MEDICO EGEIRO SAS</b>		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
DEPARTAMENTO <b>BOYACÁ</b>	MUNICIPIO <b>SOGAMOSO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>centromedicoegeiro@gmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3115574140 – 3174354649</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="03"/> 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="2021"/>	
CARGO O CONTRATO <b>NUTRICIONISTA DIETISTA</b>	DEPENDENCIA <b>Consulta externa</b>	DIRECCIÓN <b>Calle 21 #8 10</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Sociedad Clínica Boyacá</b>		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
DEPARTAMENTO <b>BOYACÁ</b>	MUNICIPIO <b>DUITAMA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>clinicaboyaca.nomina@gmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>7604757 ext 1329</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="04"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	
CARGO O CONTRATO <b>NUTRICIONISTA DIETISTA</b>	DEPENDENCIA <b>Asistencial</b>	DIRECCIÓN <b>Trans 29 #9C - 41</b>	

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
Servidor público	1	4
Empleado del sector privado	1	3
Trabajador independiente	0	0
Total tiempo experiencia (dos trabajos al tiempo)	2	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).

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