



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

EN

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>García</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Olaya</u>	NOMBRES <u>Sonia Marcela</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>52186697</u>	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD 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>27</u> MES <u>05</u> AÑO <u>1975</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Ragoto</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: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO <u>26-Nov-94</u>	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <u>11</u>	AÑO <u>1994</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIA 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		Profesional en Terapia Respiratoria	01	2004	52186697
—	—	—		—	—	—	—

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

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 <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3486868</i>	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"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Terapeuta Respiratoria</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>	DIRECCIÓN <i>Tray 30749-03</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3486868</i>	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 <i>Terapeuta Respiratoria</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>	DIRECCIÓN <i>Tray 30749-03</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> 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="07"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO <i>Terapeuta Respiratoria</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>	DIRECCIÓN <i>Tray 30749-03</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3486868</i>	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 <i>Terapeuta Respiratoria</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>	DIRECCIÓN <i>Tru 30749-03</i>	

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)

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 Cundinamarca	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 Terapeuta Respiratorio	DEPENDENCIA Apoyo Diagnostico	DIRECCIÓN Trv 3C # 49-03	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca	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 Terapeuta Respiratorio	DEPENDENCIA Apoyo Diagnostico	DIRECCIÓN Trv 3C # 49-03	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 02 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Terapeuta Respiratorio	DEPENDENCIA Apoyo Diagnostico	DIRECCIÓN Trv 3C # 49-03	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca	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 Terapeuta Respiratorio	DEPENDENCIA Apoyo Diagnostico	DIRECCIÓN Trv 3C # 49-03	

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)

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 <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2015</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2016</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Terapeuta Respiratorio</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>		DIRECCIÓN <i>Tru 3^c # 49-03</i>
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2011</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2012</i>
CARGO O CONTRATO <i>Terapeuta Respiratorio</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>		DIRECCIÓN <i>Tru 3^c # 49-03</i>
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2010</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2011</i>
CARGO O CONTRATO <i>Terapeuta Respiratorio</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>		DIRECCIÓN <i>Tru 3^c # 49-03</i>
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS <i>3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>22</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2010</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2010</i>
CARGO O CONTRATO <i>Terapeuta Respiratorio</i>	DEPENDENCIA <i>Apoyo Diagnostico</i>		DIRECCIÓN <i>Tru 3^c # 49-03</i>

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	8	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	5

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 _____