



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 DIAZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUTIERREZ	NOMBRES SILDANA MARGARITA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 49779161	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="04"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="1976"/> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CESAR</u> MUNICIPIO <u>VALLEDUPAR</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	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X11	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="1994"/>

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	
PREGRADO	08	X		ENFERMERA	08	2 0 0 8	✓
POSTGRADO	02	X		ESP. EN DOCENCIA UNIVERSITARIA	04	2 0 1 9	✓

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 HOSPITAL MILITAR CENTRAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="12"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO ENFERMERA		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO ENFERMERA		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO ENFERMERA		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

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 BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="18"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="18"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="19"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2017"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="18"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2017"/>	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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	7	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	1

5 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 INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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