



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Garzon</i>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <i>Fuente S</i>	NOMBRES <i>Amalfi</i>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <i>60338547</i>	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____		D.M. _____

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	11	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	<i>12</i>	<i>1989</i>

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	
<i>Postgrado</i>	<i>3</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Especialización en Gerencia de servicios de salud</i>	<i>11</i>	<i>1998</i>	
<i>Pregrado</i>	<i>8</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Enfermería</i>	<i>10</i>	<i>1995</i>	<i>18835</i>

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
<i>—</i>									

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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuanalosuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Enfermera profesional para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C#49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuanalosuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO <i>Experiencia profesional Auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C#49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuanalosuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="12"/> 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 <i>Experiencia profesional auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C#49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuanalosuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="09"/> MES <input type="text" value="01"/> 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 <i>Experiencia profesional auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá DC.</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 <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuacionalusuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>18</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2019</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2019</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Enfermera Profesional Auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuacionalusuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601.3486868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>12</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2018</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2018</i>
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera profesional Auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuacionalusuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>16</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2017</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2017</i>
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera profesional auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atenuacionalusuario@homil.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2016</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2016</i>
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera profesional auditora para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá D.C.</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 <i>Hospital Militar Central</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>aterrenalusvorto@hemi.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="13"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Enfermera profesional para el área de calidad.</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá D.C.</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>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>aterrenalusvorto@hemi.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>601 348 6868</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera profesional para el área de calidad</i>	DEPENDENCIA <i>Área Gestión de Calidad</i>	DIRECCIÓN <i>TU 3C #49-02 Bogotá D.C.</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	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	PRIVADA	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.

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	10

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 Bogotá Junio 28/2024

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