



Libertad y Orden

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Osias                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Bolaño                           | NOMBRES<br>Carolina Andrea                                                             |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 49794025 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                             | NÚMERO                                                             | D.M.                                                                                   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 13 MES 05 AÑO 1980<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO CESAR<br>MUNICIPIO AGUSTIN CODAZZI            | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                       |                                                                                        |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |                 |                |                 |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|----------------|-----------------|------|--|
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b><br>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 |                | EDUCACION MEDIA |      |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA |                 | FECHA DE GRADO |                 |      |  |
| 1°                                                                                                                                                                                                | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES             | 12             | AÑO             | 1997 |  |

|                                                                                                                                          |                          |                                |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|
| <b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b><br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: |                          |                                |                    |
| TE (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).                                           |                          |                                |                    |

|                                             |                                                    |                                               |                                                         |             |      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|------|
| <b>CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS</b> |                                                    |                                               |                                                         |             |      |
| MEDIO DE CAPACITACIÓN                       | INSTITUCIÓN                                        | MODALIDAD                                     | CURSO                                                   | TERMINACION |      |
| PRESENCIAL                                  | INSTITUTO TÉCNICO DE COLOMBIA POR COMPETENCIAS SAS | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR DE ENFERMERÍA | MES         | AÑO  |
|                                             |                                                    |                                               |                                                         | 07          | 2014 |

|                                                                                                                        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
| ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLE, 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 COMPLETO

## 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 O CONTRATO VIGENTE                                    |  |  |                                      |    |         |    |                  |                                                        |     |    |     |    |     |
|--------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------|----|---------|----|------------------|--------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION DE SANIDAD                    |  |  | PÚBLICA<br>X                         |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA |                                                        |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR                                        |  |  | MUNICIPIO<br>VALLEDUPAR              |    |         |    |                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3145627620                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                     |    |         |    |                  | FECHA DE RETIRO                                        |     |    |     |    |     |
|                                                              |  |  | Día                                  | 12 | Mes     | 08 | Año              | 2016                                                   | Día |    | Mes |    | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR AREA DE SALUD            |  |  | DEPENDENCIA<br>A TERMINO FIJO        |    |         |    |                  | DIRECCIÓN<br>AVENIDA -AVENIDA LA POPA KM 1 VIA LA MEZA |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                      |    |         |    |                  |                                                        |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION DE SANIDAD                    |  |  | PÚBLICA<br>X                         |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA |                                                        |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR                                        |  |  | MUNICIPIO<br>VALLEDUPAR              |    |         |    |                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>5840891                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                     |    |         |    |                  | FECHA DE RETIRO                                        |     |    |     |    |     |
|                                                              |  |  | Día                                  | 16 | Mes     | 01 | Año              | 2015                                                   | Día | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA CONSULTA EXTERNA |    |         |    |                  | DIRECCIÓN<br>- AVENIDA LA POPA KM 1 VIA LA MEZA        |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                      |    |         |    |                  |                                                        |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5041 |  |  | PÚBLICA<br>X                         |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA |                                                        |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                                       |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA                   |    |         |    |                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                             |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>0987449806                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                     |    |         |    |                  | FECHA DE RETIRO                                        |     |    |     |    |     |
|                                                              |  |  | Día                                  | 01 | Mes     | 09 | Año              | 2014                                                   | Día | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>SALUD                 |    |         |    |                  | DIRECCIÓN<br>KILOMETRO 1 VIA A TOCA                    |     |    |     |    |     |

4

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                  |  |         |  |      |                    |      |  |      |  |      |
|--------------------------|--|--|------------------|--|---------|--|------|--------------------|------|--|------|--|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  | PÚBLICA          |  | PRIVADA |  | PAÍS |                    |      |  |      |  |      |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO        |  |         |  |      | CORREO ELECTRÓNICO |      |  |      |  |      |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO |  |         |  |      | FECHA DE RETIRO    |      |  |      |  |      |
|                          |  |  | Día:             |  | Mes:    |  | Año: |                    | Día: |  | Mes: |  | Año: |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |  |         |  |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |  |      |

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

### 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                | 6                     | 3        |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 0                     | 0        |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 1                     | 3        |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>7</b>              | <b>6</b> |

6

### 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

7

### 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*