



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SIERRA		NOMBRES MICHEL CAMILA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023037689			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES 08 AÑO 1999 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA MUNICIPIO BOGOTA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 132 B 14 G 76 Casa Oasis, usme PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA MUNICIPIO BOGOTA TELÉFONO 4555016 EMAIL mcmartinezs.99@gmail.com			

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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2016

EDUCACIÓN 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).			

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS									
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION					
				MES	AÑO				
PRESENCIAL	INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR EN SALUD ORAL	12	2018				

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

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 CEMED ARMADA NACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3278390			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	02	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AREA ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 58 - 09 67						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CEMED ARMADA NACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3278390			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	27	Mes	09	Año	2021	Día	02	Mes	02	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AREA ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 58 - 09 58						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CEMED-ARMADA NACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3351212			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	02	Año	2021	Día	30	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 27 43 39						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CEMED-ARMADA NACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3195348813			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	12	Año	2020	Día	08	Mes	02	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 27 43 39						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CEMED-ARMADA NACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3195348813			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 58 9 67						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																								
EMPRESA O ENTIDAD CEMED-ARAMADA NACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA																
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																
TELÉFONOS 3195348813			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO															
			Día		27		Mes		03		Año		2019			Día		04		Mes		02		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CARRERA 58 9 57															

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																

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	3

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

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 INCOPATIBILIDAD 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 _____