



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<br>Prieto                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Diaz                             | NOMBRES<br>Karen Julieth                                                               |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1014217777 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               | NÚMERO                                                             | D.M.                                                                                   |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA 19 MES 11 AÑO 1990<br>PAÍS<br>COLOMBIA<br>DEPTO<br>BOGOTÁ. D.C.<br>MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                                           |                  |

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 |    | EDUCACION MEDIA |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|----|-----------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO  |    |                 |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES             | 11 | AÑO             | 2008 |

## EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO 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  |                            |
| POSTGRADO           | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD    | 09          | 2018 | 1014217777                 |
| PREGRADO            | 9                       | X        |    | ENFERMERIA                               | 09          | 2014 | 1014217777                 |

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 |
| ESPAÑOL |          |   | X  |        |   | X  |            | X |    |

# 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 O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                              |              |     |         |     |                                                            |     |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|------------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR         |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3007633695                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  |  | Día                                          | 14           | Mes | 01      | Año | 2022                                                       | Día | 23 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                            |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA CALLE 26 - 69 76 Torre tierra piso 18 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                              |              |     |         |     |                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR         |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3007633695                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  |  | Día                                          | 14           | Mes | 01      | Año | 2021                                                       | Día | 24 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                            |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA CALLE 26 - 69 76 Torre tierra piso 18 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                              |              |     |         |     |                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR         |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  |  | Día                                          | 08           | Mes | 01      | Año | 2020                                                       | Día | 24 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                            |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AV call 26 No 69 - 76 Torre Tierra Piso 18    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                              |              |     |         |     |                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRI MEJIA  |  |  |                                              | PÚBLICA      |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  |  | Día                                          | 19           | Mes | 01      | Año | 2019                                                       | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                            |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 121 06 37                               |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                              |              |     |         |     |                                                            |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRI MEJIAS |  |  |                                              | PÚBLICA      |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA                                      |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA FE                        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                 |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  |  | Día                                          | 15           | Mes | 01      | Año | 2018                                                       | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                            |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 121 6 37                                |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                              |         |     |              |     |                                      |     |    |     |    |
|------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|---------|-----|--------------|-----|--------------------------------------|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRI MEJIA |  |  |                                              | PÚBLICA |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ, D.C.                                     |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ, D.C.                    |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                        |  |  | FECHA DE INGRESO                             |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |
|                                                                  |  |  | Día                                          | 07      | Mes | 07           | Año | 2017                                 | Día | 23 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 121 N 06 37       |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                              |         |     |              |     |                                      |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRI MEJIA |  |  |                                              | PÚBLICA |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ, D.C.                                     |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ, D.C.                    |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                        |  |  | FECHA DE INGRESO                             |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |
|                                                                  |  |  | Día                                          | 21      | Mes | 01           | Año | 2017                                 | Día | 30 | Mes | 06 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 121 - 06 37       |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                              |         |     |              |     |                                      |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRI MEJIA |  |  |                                              | PÚBLICA |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ, D.C.                                     |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ, D.C.                    |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>6584734                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                             |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |
|                                                                  |  |  | Día                                          | 08      | Mes | 01           | Año | 2016                                 | Día | 15 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 121 N 6 37        |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                              |         |     |              |     |                                      |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>BATALLON FRANCISCO ANTONIO ZEA. ESM 5175    |  |  |                                              | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA                                           |  |  | MUNICIPIO<br>IBAGUÉ                          |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3134414360                                          |  |  | FECHA DE INGRESO                             |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |
|                                                                  |  |  | Día                                          | 13      | Mes | 11           | Año | 2014                                 | Día | 13 | Mes | 11 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA                                  |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>Kilometro 3 via Armenia |     |    |     |    |

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: |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |  |

FORMATO ÚNICO

# 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            | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4                     | 9     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 1                     | 10    |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 6                     | 8     |

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*