



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 AGUDELO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DÍEZ	NOMBRES PAULA ANDREA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 43819821		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 24 MES 08 AÑO 1975 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLÍN		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										FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12	AÑO 1993	
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 SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO							TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA							04	2003	3024
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)													
IDIOMA				LO HABLA R B MB			LO LEE R B MB			LO ESCRIBE 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 ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 10 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA	DIRECCIÓN HONAC CRA 2# 14-210	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 03 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 07 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA	DIRECCIÓN HONAC CRA 2# 14-210	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 02 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA	DIRECCIÓN HONAC CRA 2# 14-20	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 01 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 02 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA	DIRECCIÓN HONAC CRA 2# 14-20	

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 DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 11 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 01 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA	DIRECCIÓN HONAC cra 2# 14-210	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 04 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA ASISTENCIAL ENFERMERIA	DIRECCIÓN HONAC cra 2# 14-210	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6810707	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 12 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2017	
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 MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
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	7	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	4

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_____

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