



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Pardinas</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Lopez</u>	NOMBRES <u>Nancy del carmin</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>36933037</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>03</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1976</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Nariño</u> MUNICIPIO <u>Túquerres</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: <u>Básica Secundaria</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	FECHA DE GRADO MES <u>07</u> AÑO <u>1997</u>

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	
<u>Tc</u>	<u>2</u>	<u>x</u>		<u>Auxiliar de Enfermería</u>	<u>08</u>	<u>1999</u>	

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 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>Dirección General de Sanidad Militar</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Villagarzon</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS <i>3136452433</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>20</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2020</i>	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Auxiliar de Servicios asistenciales</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN-ESM BIROR</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Villagarzon</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>12</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 <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN-ESM BIROR</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Villagarzon</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</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>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN-ESM BIROR</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2017</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2017</i>	
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)

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>Dirección De Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3136452433</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>14</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2017</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>15</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2017</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN. ESM BAS 27</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2016</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2016</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN. ESM BAS 27</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2016</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>15</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2016</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN. ESM BAS 27</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>14</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2015</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2015</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN ESM BAS 27</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>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Villagarzon</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2015</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>14</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2015</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN ESM BAS 27</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>16</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2014</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2014</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN ESM BAS 27</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2013</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2013</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN ESM BAS 27</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2008</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2008</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>DISAN ESM BAS 27</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)

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	11	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 _____

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 _____