



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 <u>Getial</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Getial</u>	NOMBRES <u>Amanda Janeth</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>36750611</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD <u>PAS</u> COL. ☐ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>05</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1977</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Nariño</u> MUNICIPIO <u>Tóqueres</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>Educación Media</u>			
PRIMARIA										FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES	<u>06</u>	AÑO	<u>1997</u>
									X				
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).													
MODALIDAD ACADÉMICA	Nº. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN		Nº. DE TARJETA PROFESIONAL			
		SI	NO					MES	AÑO				
TC		X		Técnico En Auxilio de Enfermería				03	2005				
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 Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 01 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2024		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN ESM-BITE23			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 01 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2023		
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN esm-bite23			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3015195160	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 01 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2022		
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN esm-bite23			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 01 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021		
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN esm-bite23			

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 Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA Aica de Enfermería	DIRECCIÓN ESM-BITE23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Aica de Enfermería	DIRECCIÓN ESM-BITE23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Aica de Enfermería	DIRECCIÓN ESM-BITE23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 07 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Aica de Enfermería	DIRECCIÓN ESM-BITE23	

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 de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7206261	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 01 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 07 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN ESM-BITEB23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7368526	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN ESM-BITEB23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7200719	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 06 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN ESM-BITEB23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3103277959	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 01 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 06 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Enfermeria	DIRECCIÓN ESM-BITEB23	

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Dirección de Sanidad	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Nariño	Pasto		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7206719	DÍA 16 MES 07 AÑO 2014		DÍA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		DÍA [] MES [] AÑO [] [] []
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		DÍA [] MES [] AÑO [] [] []
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		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	9	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

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 50. 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 _____