



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>ORTIZ</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Bolaños</u>	NOMBRES <u>Jenny Yiceth</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. _____	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>12</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1989</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>HUILA</u> MUNICIPIO <u>TUNJA</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	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u> AÑO <u>2007</u>	

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	3	X		<u>ACMIAR EN SALUD ORAL POR COMPETENCIA.</u>	07	2010	1013.601.999

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 SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 01 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN DISAL-ESTI-CPH	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCIÓN DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 02 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN DISAL-ESTI-CPH	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCIÓN DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 02 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCIÓN DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 01 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	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 DIRECCION DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 01 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 01 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 07 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLFONOS 321 4713900	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 06 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA AUX. CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	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	6	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	4
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