



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 Charriz	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Arnado	NOMBRES Zuleima
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 22582505	SEXO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	PAÍS COLOMBIA
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	D.M.	
FECHA DÍA 03 MES 01 AÑO 1977		
PAÍS COLOMBIA		
DEPTO ATLÁNTICO		
MUNICIPIO PUERTO COLOMBIA		

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1995	

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	
PREGRADO	8	X		ENFERMERA		07	2009	41539

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	02	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN -DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN -DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN - DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN - DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3134517293				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	31	Mes	01	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD				DIRECCIÓN - DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3134517293				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	09	Año	2021	Día	31	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD				DIRECCIÓN - DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3134517293				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	02	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD				DIRECCIÓN - DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO BARRANQUILLA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3134517293				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	09	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD				DIRECCIÓN - DMBAQ-VIA 40 CON ESQUINA 58							

6

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:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO				NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	9
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

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

9

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