



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Lozano</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Castano</u>	NOMBRES <u>Diana Amalfi</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1130681883</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DÍA <u>03</u> MES <u>05</u> AÑO <u>1989</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>		
DEPTO <u>Valle del Cauca</u>		
MUNICIPIO <u>Calí</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>	
FECHA DE GRADO												
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.		
											X	
MES <u>07</u> AÑO <u>2006</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	04	X		Tc. Auxiliar de Enfermería	08	2008	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLE, 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
Ninguno									

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	
EMAUI - ESM	X			Colombia.	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Valle del Cauca.	Cali				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
488-10-00	DÍA 01 MES 01 AÑO 2024		DÍA 31 MES 03 AÑO 2025		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Auxiliar de Enfermería	Asistencial		Cra. 8# 58-67		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	
EMAUI - ESM	X			Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Valle del Cauca	Cali				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
488-10-00	DÍA 01 MES 04 AÑO 2023		DÍA 29 MES 02 AÑO 2024		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Auxiliar de Enfermería	Asistencial		Cra 8# 58-67		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	
EMAUI - ESM	X			Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Valle del Cauca	Cali				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
488-10-00	DÍA 14 MES 02 AÑO 2022		DÍA 31 MES 03 AÑO 2023		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Auxiliar de Enfermería	Asistencial		Cra 8# 58-67		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS	
Christus Sinergia.			X	Colombia.	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Valle del Cauca	Cali				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
333 00 00	DÍA 16 MES 06 AÑO 2014		DÍA 01 MES 11 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Auxiliar de Enfermería	Asistencial		Cll 10# 50-48.		

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	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	13

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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).


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