



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 Girado	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Moreno	NOMBRES Paola Andica
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1036394942	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 11 AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. MUNICIPIO Bogotá D.C.		

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: Bachiller Académico	
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 07	AÑO 2006
				X					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	6	X		Técnico Laboral por competencias como Auxiliar en Enfermería	01	2015	

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

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 Establecimiento de Salud Militar	COCOM S	PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Rionegro	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Prioritaria.cocomS@Fac.ME-co	
TELÉFONOS 3164218384	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 01 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar en Enfermería	DEPENDENCIA Referencia.	DIRECCIÓN Vereda la Bodega	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Establecimiento de Salud Militar	COCOM S	PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Rionegro	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3164218384	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 09 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Auxiliar en Enfermería	DEPENDENCIA Referencia	DIRECCIÓN Vereda la Bodega	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SINTRA VIT		PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Rionegro	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sintravid@gmail.com	
TELÉFONOS 6044170167	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 05 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 03 MES 01 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Auxiliar en Enfermería	DEPENDENCIA Consulta Externa.	DIRECCIÓN Cll 63A #67-47	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD NASCAR		PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Rionegro	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD andici.gmario@gmail.com	
TELÉFONOS 3137827599	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 09 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 05 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Administrador Primeros Auxilios	DEPENDENCIA Asistencial	DIRECCIÓN Bomba el carretero	

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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	6

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).

FIRMA DEL 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