



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 Pérez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Lora	NOMBRES Jennifer Paola
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1140822914	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 03 AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Atlántico MUNICIPIO Barranquilla		

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:				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	12	AÑO	2005
EDUCACION 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 SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO								TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC		X		Técnico en Auxiliar de Enfermería								07 2010		0804709-10
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)														
IDIOMA				LO HABLA R B MB			LO LEE R B MB			LO ESCRIBE 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 Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 313 451 72 93	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 01 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN DMBAB-Via 40 con 5B esquina	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 313 451 72 93	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 01 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN DMBAQ-Via 40 con 5B esquina	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 313 451 72 96	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN DMBAQ-Via 40 con 5B esquina	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 313 451 72 96	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 01 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 01 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Actividades de salud	DIRECCIÓN DMBAQ-Via 40 con 5B esquina	

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 Fundación Social Construyendo Vidas	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 385 7862	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 05 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar enfermería integral	DEPENDENCIA CPS	DIRECCIÓN Calle 88 4261-32	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital en Casa (Talento Efectivo)	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 369 4368	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 06 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 01 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería Circulan	DEPENDENCIA CPS	DIRECCIÓN Carrera 5B 75 15B OFI 602	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	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 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