



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Logo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Hernandez</u>	NOMBRES <u>Ilida Ruth</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1016042055</u>	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>08</u> MES <u>02</u> AÑO <u>1991</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Amazonas</u> MUNICIPIO <u>M. V. Parana</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>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES <u>12</u> AÑO <u>2010</u>	

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), DQC (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	✓		Ambiar de Enfermería	08	2014	1016042055

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 Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota Dc	MUNICIPIO Bogota Dc	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.armada.mil.co	
TELÉFONOS 3159845	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 03 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 04 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN Carrera 58 # 9-67	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota Dc	MUNICIPIO Bogota Dc	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.armada.mil.co	
TELÉFONOS 3159845	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 06 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 02 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN Carrera 58 # 9-67	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota Dc	MUNICIPIO Bogota Dc	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.armada.mil.co	
TELÉFONOS 3159845	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 02 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 06 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN Carrera 58 # 9-67	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Direccion de Sanidad	PÚBLICA ✓	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota Dc	MUNICIPIO Bogota Dc	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.armada.mil.co	
TELÉFONOS 3159845	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 02 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 01 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Actividades de Salud	DIRECCIÓN Carrera 58 # 9-67	

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 <i>Dirección de Sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá Dc</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá Dc</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>www.armada.mil.co</i>	
TELÉFONOS <i>3159845</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>08</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2021</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>04</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2022</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Actividades de Salud</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 88 # 9-67</i>	
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	
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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	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 56. 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