



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 Guerreo	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Bru	NOMBRES Sara Esther
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 45.539.384	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☐ EXTRANJERO ☐ Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 09 MES 09 AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Bolivar MUNICIPIO Cartabena De India		

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 tecnico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES 12 AÑO 1998	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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	3	X		Auxiliar De Enfermeria	09	2001	13014310

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 Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indía	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 02 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 	
CARGO O CONTRATO ACTUAL contratista	DEPENDENCIA Area Cuidado intensivos	DIRECCIÓN Carretera 2 N° 14 210 Hospital Naval de Cartagena	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indía	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 11 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 01 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO contratista	DEPENDENCIA Area Cuidado intensivos	DIRECCIÓN Carretera 2 N° 14 210 Hospital Naval de Cartagena	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indía	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 04 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 11 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO contratista	DEPENDENCIA Area Cuidado intensivos	DIRECCIÓN Carretera 2 N° 14 210 Hospital Naval de Cartagena	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indía	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 09 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO contratista	DEPENDENCIA Area Cuidado intensivos	DIRECCIÓN Carretera 2 N° 14 210 Hospital Naval de Cartagena	

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 Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indio	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 04 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 08 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA area de cuidado intensivo	DIRECCIÓN Carretera 2 No 14-210 Hospital Naval de Cartagena	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indio	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 12 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA area de cuidado intensivo	DIRECCIÓN Carretera 2 No 14-210 Hospital Naval de Cartagena	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indio	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 07 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA area de cuidado intensivo	DIRECCIÓN Carretera 2 No 14-210 Hospital Naval de Cartagena	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena de Indio	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 09 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 07 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA area de cuidado intensivos	DIRECCIÓN Carretera 2 No 14-210 Hospital Naval de Cartagena	

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>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Cartagena de India</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2021</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2021</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de cuidado intensivo</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 N° 14-210 Hospital Naval de Cartagena</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Cartagena de India</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2020</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>28</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2021</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de cuidado intensivo</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 N° 14-210 Hospital Naval de Cartagena</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Cartagena de India</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>05</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2020</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2020</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de cuidado intensivo</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 N° 14-210 Hospital Naval de Cartagena</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de sanidad</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Cartagena de India</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>17</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2019</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2019</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de cuidado intensivo</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 N° 14-210 Hospital Naval de Cartagena</i>	

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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	10
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 MÍ 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