



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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castellanos	Goono	Horfedina
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52201728		
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DÍA 28 MES 02 AÑO 1972		
PAÍS Colombia		
DEPTO Boyaca		
MUNICIPIO Santana		

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.	X	MES 11 AÑO 1996	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
educac		X		Tecnico auxiliar de enferme		12	2010	52201728

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

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>Boyotó D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Boyotó D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2024</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2024</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>auxiliar área de salud.</i>	DEPENDENCIA <i>área de salud pùblica</i>	DIRECCIÓN <i>carrera 7 52 78 norte</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyotó D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Boyotó D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2023</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2023</i>	
CARGO O CONTRATO <i>auxiliar área de salud.</i>	DEPENDENCIA <i>área salud pública</i>	DIRECCIÓN <i>carrera 7 52 78 norte</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyotó D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Boyotó D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2022</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2022</i>	
CARGO O CONTRATO <i>auxiliar área de salud.</i>	DEPENDENCIA <i>área salud pública</i>	DIRECCIÓN <i>carrera 7 52 78 norte</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyotó D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Boyotó D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2021</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2021</i>	
CARGO O CONTRATO <i>auxiliar área de salud</i>	DEPENDENCIA <i>área enfermería</i>	DIRECCIÓN <i>Disan - Orsini.</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)

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
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>7708.980.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO <i>auxiliar area de sala</i>	DEPENDENCIA <i>area de enfermeria</i>	DIRECCIÓN <i>Dircc-Di. Ser.</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO <i>auxiliar area de sala</i>	DEPENDENCIA <i>area de enfermeria</i>	DIRECCIÓN <i>Di. Ser. - Di. Ser.</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Sanidad.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO <i>auxiliar area de sala</i>	DEPENDENCIA <i>area de enfermeria</i>	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)

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
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	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	
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 MÁS 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	9	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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).

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