



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Almeida</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Lopez</u>	NOMBRES <u>Ooris Lucia</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>28259526</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO <u>28259526</u> D.M. <u> </u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DÍA <u>25</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1983</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>		
DEPTO <u>Santander</u>		
MUNICIPIO <u>Molagavita</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>Básica Secundaria</u>			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u>	AÑO <u>2000</u>	

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	
<u>Educación Pregrado</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Técnico laboral en enfermería</u>	<u>12</u>	<u>2014</u>	<u>479</u>

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 Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 02 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	DEPENDENCIA Area PYP Vacunación	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N° 207	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 02 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de vacunación	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N° 207	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 02 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Vacunación	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N° 207	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 02 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Area de Vacunación	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N° 207	

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 Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 02 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA PIP Urgencias Hospitalización	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N°207	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 02 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA PIP Urgencias Hospitalización	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N°207	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Dirección de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3223656148	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 02 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Hospitalización	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 33A N°207	

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 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 Direccion de Sanidad	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3773656148	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 07 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Hospitalización y Urgencias	DIRECCIÓN Avenida Quebrada Seca 3A N° 207	
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	1	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	9
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 _____

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 _____