



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 MOLINA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FONSECA	NOMBRES CINDY LORENA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1042439320	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 08 AÑO 1991 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO SAN MARTÍN DE LOBA			

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2008

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	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	10	2014	1042439320

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4

IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS				X					

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	05	Mes	02	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD						DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40 CON 58 ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	26	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD						DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40 CON 58 ESQUINA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40 CON 58 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	31	Mes	01	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40 CON 58 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40 CON 58 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3319576			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	01	Año	2021	Día	30	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40 CON 58 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3134517293			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	08	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD					DIRECCIÓN _DMBAQ_ VIA 40CON 58 ESQUINA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE LA CABECERA MUNICIPAL DE EL PEÑON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO EL PEÑON						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3145171254		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	10	Mes	10	Año	2016	Día	19	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ENFERMERA JEFE						DIRECCIÓN trasversal 7 no 7-8					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD CON CAMA MANUEL H. ZABALETA G.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO ALTOS DEL ROSARIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3145333318		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	10	Mes	08	Año	2016	Día	09	Mes	10	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ENFERMERA JEFE						DIRECCIÓN Altos del rosario barrio centro calle las flores					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL HATILLO DE LOBA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO HATILLO DE LOBA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3126986172		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	13	Mes	02	Año	2015	Día	13	Mes	02	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA SERVICIO SOCIAL OBLI		DEPENDENCIA PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO						DIRECCIÓN CALLE 8 N 6 25					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

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

9

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