



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 <u>Ortiz</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Carbonell</u>	NOMBRES <u>Mona del Rosario</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>32968241</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐ <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO _____ D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DÍA <u>1.1</u> MES <u>1.2</u> AÑO <u>1.9.7.5</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>		
DEPTO <u>Bolívar</u>		
MUNICIPIO <u>Cortagosa de Indio</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:					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA			FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	<u>1.2</u>	AÑO	<u>1.9.9.3</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								
TC	2	X		Higiene Oral		07	2007	—							
TC	4	X		Auxiliar de Contabilidad		07	2006	32968241							
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					
Español				X			X			X					
Inglés		X			X			X							

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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagema de Indio</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6810615</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>06</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2025</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2025</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Área de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 1A-210 Hospital Nariño</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagema de Indio</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6810615</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>04</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2024</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2024</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Área de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 1A-210 Hospital Nariño</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagema de Indio</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6810615</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>07</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2024</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2024</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Área de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 1A-210 Hospital Nariño</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagema de Indio</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6810615</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2023</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>29</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2024</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Área de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2 1A-210 Hospital Nariño</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 <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolíver</i>	MUNICIPIO <i>Cortegosa de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3202803103</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2023</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2023</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2-1A 210 Hospital Nariño</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolíver</i>	MUNICIPIO <i>Cortegosa de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>04</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2023</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>16</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2023</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2-1A 210 Hospital Nariño</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolíver</i>	MUNICIPIO <i>Cortegosa de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2022</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2023</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2-1A 210 Hospital Nariño</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolíver</i>	MUNICIPIO <i>Cortegosa de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>06</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2022</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2022</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2-1A 210 Hospital Nariño</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 <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagén de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>03</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2021</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>05</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2022</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carr. 2-14210 Hospital Nari Catagén</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagén de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2020</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2020</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carr. 2-14210 Hospital Nari Catagén</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagén de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2019</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>29</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2020</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carr. 2-14210 Hospital Nari Catagén</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolívar</i>	MUNICIPIO <i>Catagén de Indios</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6501400</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>20</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2018</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>29</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Contratista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de Odontología</i>	DIRECCIÓN <i>Carr. 2-14210 Hospital Nari Catagén</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 <i>Dirección de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bolivar</i>	MUNICIPIO <i>Cataguen de Indio</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6501400</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>10</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2017</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>25</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2018</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Contadorista</i>	DEPENDENCIA <i>Area de admón</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 2014210 Hospital Nino Calye</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	6	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	4

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 50. 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