

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

MÁRQUE 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)

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).			

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

[illegible]

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 CONSULTORES PROFESIONALES CPC			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA		MUNICIPIO BELLO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD carmenmakenamado@gmail.com	
TELÉFONOS 2097891		FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 10 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Aux.Contable		DEPENDENCIA Financiera		DIRECCIÓN Diag 52 20-150	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA		MUNICIPIO COPACABANA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subgeradmon@hospitalsantamargarita.gov.co	
TELÉFONOS 4802390		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 09 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 10 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE TESORERIA, PRESUPUESTO Y CONTAB		DEPENDENCIA FINANCIERA		DIRECCIÓN CRA 64 48-80	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E CARISMA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA		MUNICIPIO MEDELLIN		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esecarisma@esecarisma.gov.co	
TELÉFONOS 6050233		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 09 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 08 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO AUX. NOMINA Y PRESUPUESTO		DEPENDENCIA FINANCIERA		DIRECCIÓN Carrera 93 #34aa1	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL HECTOR ABAD GOMEZ			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA		MUNICIPIO YONDO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 1995		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2005	
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.

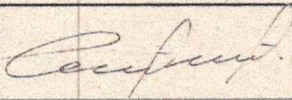
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	25	300
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	156
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	24
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	40	480

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 DICIEMBRE 29 DEL 2021



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.

Bello, Diciembre 29 del 2021

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS