



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Hernandez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gutierrez		NOMBRES Johanna Katherine	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1022324964			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 17 MES 05 AÑO 1986					
PAÍS COLOMBIA			PAÍS		
DEPTO BOGOTÁ. D.C.			DEPTO		
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO		
			TELÉFONO		
			EMAIL katherine2017@hotmail.com		

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	AÑO	2004	
										X				

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			X				
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD	05	2022	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2010	30599

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

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

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILI													PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA																	
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.													MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO														
TELÉFONOS 3486868			Día			Mes			Año			2022			Día			Mes			Año			2023												
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA ENFERMERA													DEPENDENCIA ADMNISTRATIVA			DIRECCIÓN TRANSVERSAL 3C - 49 02			EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			MUNICIPIO SOCORRO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
TELÉFONOS 7274000			Día			Mes			Año			2019			Día			Mes			Año			2020												
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA JEFE													DEPENDENCIA ADMINISTRACION Y HOSPITALIZACION			DIRECCIÓN			EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			EMPRESA O ENTIDAD SOCORRO SANTANDER			MUNICIPIO SOCORRO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA													PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS								
DEPARTAMENTO													MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO			FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO					
TELÉFONOS			Día:			Mes:			Año:						Día:			Mes:			Año:						
ÁREA DE CONOCIMIENTO													NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN			TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA			ANOS			MESES		

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

OCCUPACIÓN		ANOS		MESES	
SERVIDOR PÚBLICO		1		1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		0		9	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		0		0	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		1		11	

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6

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

Bogotá, Abril 2023.

[Firma]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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.

Abril 2023, Bogotá
Ciudad y fecha

Su Pineros [Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS