

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

Entidad Receptora



### 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) BARRERO		NOMBRES CAROLINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. *	C.E	PAS	No. 52489923	F * M	COL. * EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		D.M	
FECHA	DÍA 07	MES 07	AÑO 1977	DG 38 D No 1 ESTE 15	
PAÍS	Colombia		PAÍS	Colombia	DEPTO Cundinamarca
DEPTO			MUNICIPIO		
MUNICIPIO			TELÉFONO	3202726494	EMAIL canelrb@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

### 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: BACHILLER		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12	AÑO 1997

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

### 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 DISPENSARIO FUERZA AEREA DE COLOMBIA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 348 70 30	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 09 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2017			
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA FIJO	DEPENDENCIA DISPENSARIO MEDICO FUERZA AERE	DIRECCIÓN Cra 45 Nº 58 A 56			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD MEDICALL POLICLINICO DEL OLAYA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3612888	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 04 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 09 AÑO 2017			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Carrera 21, No.22-68 Sur			
EXPERIENCIA DOCENTE					
INSTITUCIÓN CEFAP DE LA CARACAS		HORAS SEMANALES 0		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ	MODALIDAD Formal			
NIVEL EDUCATIVO Aprobación de dos (2) años de Educación Superior	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 09 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2017			
ÁREA DE CONOCIMIENTO Ciencias de la salud	MATERIA IMPARTIDA				

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

### 4 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 ÁSNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA \_\_\_\_\_

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

### 5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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
Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.	

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co