



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 Parrá	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Castañeda	NOMBRES Am Pocio
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53'070-553	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR	PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 07 MES 02 AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá MUNICIPIO Gámeza	NÚMERO 3107884018	D.M. 3107884018
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 49 b sur #9-94 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 3107884018 EMAIL arparrce@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	Bachiller Académico
									☒	MES 11 AÑO 2001

EDUCACION 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	
Técnica	3	X		Auxiliar de enfermería	12	2008	53'070553

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD

Fundación salud medicina Gestionada
E Integrativa.

PÚBLICA

PRIVADA

PAÍS

X

Colombia

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

MUNICIPIO

Bogotá

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS

7430048

FECHA DE INGRESO

DÍA 18 MES 06 AÑO 2019

FECHA DE RETIRO

DÍA , MES , AÑO , , ,

CARGO O CONTRATO ACTUAL

Auxiliar
Hemodinamia.

DEPENDENCIA

DIRECCIÓN

Cra 14b # 1-45

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD

Centro Cardiovascular Colombiano

PÚBLICA

PRIVADA

PAÍS

X

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

MUNICIPIO

Bogotá

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS

7456670

FECHA DE INGRESO

DÍA 05 MES 02 AÑO 2018

FECHA DE RETIRO

DÍA 29 MES 05 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO

Auxiliar Enfermería

DEPENDENCIA

DIRECCIÓN

Carrera 71 B # 51-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD

MEDICARTE IPS

PÚBLICA

PRIVADA

PAÍS

X

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

MUNICIPIO

Bogotá

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS

7456670

FECHA DE INGRESO

DÍA 23 MES 03 AÑO 2017

FECHA DE RETIRO

DÍA 18 MES 09 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO

Auxiliar de enfermería

DEPENDENCIA

DIRECCIÓN

Calle 83 # 16 A -44

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD

Clinica Juan N Corpas

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

MUNICIPIO

Bogotá

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS

6865000

FECHA DE INGRESO

DÍA 08 MES 11 AÑO 2013

FECHA DE RETIRO

DÍA 20 MES 10 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO

Auxiliar de enfermería

DEPENDENCIA

DIRECCIÓN

Carrera 111 # 159A -61

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		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	2

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 24 de Marzo 2022.

Ana Pocio Parra 53070-553
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