



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Martinez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Lozada	NOMBRES Johanna del pilar
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52884797	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 11 MES 02 AÑO 1981 DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrea 1 b bis 70 a 40 sur PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 3102479871 EMAIL Jovimar12@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: Bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	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	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
	APROBADOS	SI	NO		MES	AÑO				
	1	X		Básico Operativo en Alturas	07	2	0	1	0	
TL	3	X		TL SALUD OCUPACIONAL	04	2	0	1	1	R. No 7183/11

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 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 Sub red integrada de servicios de salud sur occidente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3754019	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 04 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Técnico en salud ocupacional	DEPENDENCIA espacio de trabajo	DIRECCIÓN calle 9 #39-46	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Proyectar salud SAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2731671	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 10 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 02 MES 03 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Asistente de salud ocupacional	DEPENDENCIA Talento Humano	DIRECCIÓN Calle 25 G 84 A 61	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital pablo VI de Bosa	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 779980	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 04 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 09 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Tec Salud Ocupacional	DEPENDENCIA Salud publica	DIRECCIÓN Cl 77I BIS No 69B- 70 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD El Cerdito de la Corte	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7611920 ext 1191	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 03 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 02 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO Asistente Salud Ocupacional	DEPENDENCIA Talento Humano	DIRECCIÓN Carrera 22 70 A 21	

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	4	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	6	1

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).

JOHANNA MARTINEZ

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS