



## FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                   |                                                                                        |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Perez                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>de la Hoz                                                                                                                       | NOMBRES<br>Yudis Lizeth                                                                |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1082987902 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                       | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               | NÚMERO                                                                                                                                                            | D.M.                                                                                   |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 25 MES 06 AÑO 1994<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA              | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 33 6A 115<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO 3024366626 EMAIL yudislperzdilh@gmail.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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICO 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            | 3                       | X        |    | TECNOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA Y ATENCION HOSPITALARIA BASICA | 09          | 2012 |                            |

## CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION |     |
|-----------------------|-------------|-----------|-------|-------------|-----|
|                       |             |           |       | MES         | AÑO |
|                       |             |           |       |             |     |

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 COMPLETO

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 O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                         |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                         | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                        |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                     | 19           | Mes | 10           | Año | 2024                          | Día             | 30 | Mes | 11 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>161 AUXILIAR DE ENFERMERIA                   |  |  | DEPENDENCIA<br>"HOSPITALIZACION"        |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                         |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                         | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                        |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                     | 05           | Mes | 08           | Año | 2024                          | Día             | 30 | Mes | 09 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>161 AUXILIAR DE ENFERMERIA                   |  |  | DEPENDENCIA<br>"HOSPITALIZACION"        |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                         |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |  |  |                                         | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                        |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                     | 07           | Mes | 05           | Año | 2024                          | Día             | 30 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>"HOSPITALIZACION"        |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                         |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando...                                        |  |  |                                         | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4231662                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                        |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                     | 20           | Mes | 03           | Año | 2022                          | Día             | 23 | Mes | 07 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>URGECNIAS                |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 24 4 140   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                         |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando...                                        |  |  |                                         | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                               |  |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA               |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3564742                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                        |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                                     | 07           | Mes | 03           | Año | 2019                          | Día             | 30 | Mes | 11 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1179 DOCENTE                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AGENTE EDUCATIVO - SALUD |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 49 80 39 |                 |    |     |    |     |      |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                             |  |  |                            |              |    |         |    |                              |  |      |  |
|--------------------------------------------------------|--|--|----------------------------|--------------|----|---------|----|------------------------------|--|------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND       |  |  |                            | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA             |  |      |  |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                              |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA   |              |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |  |      |  |
| TELÉFONOS<br>4237010                                   |  |  | FECHA DE INGRESO           |              |    |         |    | FECHA DE RETIRO              |  |      |  |
|                                                        |  |  | Día                        |              | 16 | Mes     | 06 | Año                          |  | 2015 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |  | DEPENDENCIA<br>"URGENCIAS" |              |    |         |    | DIRECCIÓN<br>CALLE 24 24 142 |  |      |  |

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                  |         |  |         |  |                    |  |  |  |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|--|---------|--|--------------------|--|--|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |                  | PÚBLICA |  | PRIVADA |  | PAÍS               |  |  |  |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO        |         |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO |  |  |  |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO |         |  |         |  | FECHA DE RETIRO    |  |  |  |
|                          |  |  | Día:             |         |  | Mes:    |  | Año:               |  |  |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |  |         |  | DIRECCIÓN          |  |  |  |

5 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            | 0                     | 6     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1                     | 6     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 2                     | 0     |

FORMATO COMPLETO

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta Diciembre 26 de 2024

Yudis Perez de Lator

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS