FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Jimenez	Fajardo	Lizeth Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1085228933	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 09 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA ANA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

mazana 43 casa 3 apto 201 el pando

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4401960 EMAIL lizeth.081892@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*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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			12	2013	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3108795181	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE E NFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSUTARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	05	*Año*	2015	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA		*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	11	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES						

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:*	*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	12	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	21	11

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 X__ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Santa marta Diciembre de 2024

Lizeth Jimenez Fajardo

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