



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BELTRAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BELTRAN	NOMBRES LUCY TATIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1119891217	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES 04 AÑO 1994 PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO CUMARAL	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA comando aereo de combate n° 6 PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ MUNICIPIO SOLANO TELÉFONO 0000000 EMAIL tatianabeltran153@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2010	
										X					
EDUCACIÓN 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								
PREGRADO	3	X				06	2017								

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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
ESPAÑOL			X			X			X

5 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ESM 1052	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CENTRO DE MEDICINA LASER Y ESTETICA EGO	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CENTRO DE MEDICINA LASER Y ESTETICA EGO							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

6

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 FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ		MUNICIPIO SOLANO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3157152591		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	22	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA ASISTENCIAL- PRIORITARIA				DIRECCIÓN AUTOPISTA COMANDO AEREO DE COMBATE N°6							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ		MUNICIPIO SOLANO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3157152591		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	31	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL				DIRECCIÓN AUTOPISTA COMANO AEREO DE COMBATE N°6							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD FUERZA AEROSPAECIAL COLOMBIANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO MALAMBO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	31	Mes	01	Año	2022	Día	20	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA ATENCION PRIORITARIA						DIRECCIÓN CALLE COMANDO AEREO DE COMBATE N°3					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO MALAMBO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3678550		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	20	Mes	01	Año	2021	Día	20	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SERVICIOS ASISTENCIALES		DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO MALAMBO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	20	Mes	01	Año	2020	Día	20	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN KM3 VIA MAAMBO BASE FUERZA AEREA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE MEDICINA LASER Y ESTETICA EGO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6823681		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	28	Mes	10	Año	2018	Día	11	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 38 B °19 23 barrio camoa					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	22	Mes	05	Año	2017	Día	04	Mes	09	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA						DIRECCIÓN CALLE 32 39 35 Barzal (ANTIGUA DIAN)					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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:
ÁREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

8

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	5	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	-5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

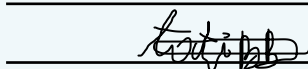
9

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio 07/01/2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

10

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

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