FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gallego	Santos	Karen Julieth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1070952547	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 06 MES 01 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FACATATIVÁ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 10N 5 62 434 TORRE 9

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO MOSQUERA

TELÉFONO 8914301 EMAIL karenju_17@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°	11°	MES	11	AÑO	2005

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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD	07	2018	
POSTGRADO	2	X			07	2020	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	11	2010	25228-328633 CND
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	11	2010	

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 ÚNICO

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*
INGLES	X			X			X		

5 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 ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1045 JEFE DE OFICINA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 1 2 1					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3003497515	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 482 DE 2017 ASESOR PLANEACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y PLANEACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 45					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8932394	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASESORA DE PLANEACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y PLANEACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 2 15					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE GIRARDOT			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GIRARDOT					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204291836	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 482 DE 2017 ASESOR PLANEACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y PLANEACION					*DIRECCIÓN* CALLE 5 22 14						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE GIRARDOT			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GIRARDOT					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204291836	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE OFICINA ASESORA DE JURIDICA O DE	*DEPENDENCIA* ADMIINISTRACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null CON CALLE 22						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8276022	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01	*DEPENDENCIA* ADMINIDTRACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 null -68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8932394	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE OFICINA ASESORA DE	*DEPENDENCIA* ADMINAISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 2 3 null -14						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5461950	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANEACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 6N , 11 -45						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8931114	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* Carrera 2 No. 2 - 68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA E.S.E DE MOSQUERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANEACION					*DIRECCIÓN* CALLE 2N 2 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8931114	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* Carrera 2 No. 2 - 68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8931114	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 null -68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA E.S.E. MOSQUERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8932324	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANEACION					*DIRECCIÓN* CALLE 2N 2 38 este						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* TENJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8654118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE PLANEACION	*DEPENDENCIA* PLANEACION						*DIRECCIÓN* CALLE 3 6 31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Hospital maria auxiliadora E.S.E. Mosquera			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8932324	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE PLANEACION	*DEPENDENCIA* PLANEACION						*DIRECCIÓN* CALLE 2N 2 38 este					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8931114	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 -68					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8264000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANEACION						*DIRECCIÓN* CALLE 11N 9 99					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - NARIÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8295452	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA DE CONTROL INTERNO						*DIRECCIÓN* CALLE 2N 3 14					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8295452	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	04	*Año* 2016	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA DE CONTROL INTERNO					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 2 null -68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FACATATIVÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8901818	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 2N 1 80						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5461950	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2010	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANECION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 6N 11 45						

6 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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	15	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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

Enero 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Se verifica la información registrada

Diana Triana.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Mosquera, enero 2025

Ciudad y fecha

Hernan Bustos M

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS