



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                             |  |                                                                                        |  |                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Gomez                                                                                                                 |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Afanador                                                                                                                                  |  | NOMBRES<br>Paola Andrea                                                                |  |                  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1001940118 |  | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <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>DÍA 14 MES 01 AÑO 2000<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA              |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>- parques de bolivar etapa 2<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO 2488247 EMAIL paolagomez144665@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° | 1X1°  | MES | 11              | AÑO | 2022              |  |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| 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                                                                                       | 8                       | X                        |    | ENFERMERIA PROFESIONAL                   | 06          | 2021               | 1001940118                 |

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)

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                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |     |         |     |                                                    | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                               | 16           | Mes | 04      | Año | 2024                                               | Día             | 31 | Mes | 08 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1680 2009 ENFERMERA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 barrio los alcazares |                 |    |     |    |     |      |
| 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                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |     |         |     |                                                    | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                               | 16           | Mes | 02      | Año | 2024                                               | Día             | 31 | Mes | 03 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1680 2009 ENFERMERA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>ARE DE ENFERMERIA  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 barrio los alcazares |                 |    |     |    |     |      |
| 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                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |     |         |     |                                                    | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                               | 12           | Mes | 01      | Año | 2024                                               | Día             | 31 | Mes | 01 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1680 2009 ENFERMERA                          |  |  | DEPENDENCIA<br>ARE DE ENFERMERIA  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 barrio los alcazares |                 |    |     |    |     |      |
| 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                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |     |         |     |                                                    | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                               | 01           | Mes | 10      | Año | 2023                                               | Día             | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1958 1 2010 ENFERMERA                        |  |  | DEPENDENCIA<br>ARE DE ENFERMERIA  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 barrio alcazares     |                 |    |     |    |     |      |
| 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>4207010                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |     |         |     |                                                    | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                         |  |  | Día                               | 01           | Mes | 09      | Año | 2022                                               | Día             | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERA L5                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 24 489 null                   |                 |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## 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>4207010                             |  |  | FECHA DE INGRESO               |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                  |  |  | Día                            | 18           | Mes | 02      | Año | 2022                                 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERA L5          |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ENFERMERIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 26 SUR 289 null |     |    |     |    |     |      |

  

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |  |                                             |              |     |         |     |                                       |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|---------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE META          |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                              |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO GAITÁN                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>986460017                            |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                       |     |    |     |    |     |      |
|                                                   |  |  | Día                                         | 19           | Mes | 09      | Año | 2021                                  | Día | 28 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ENFERMERO ESPECIALISTA |  |  | DEPENDENCIA<br>ENFERMERA SERVICIOS DE SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 SUR null null |     |    |     |    |     |      |

#### 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                | 1                     | 11        |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 0                     | 0         |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 0         |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>1</b>              | <b>11</b> |

