Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

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
López	Vásquez	Diana Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.041.147.265

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 20 MES 06 AÑO 1988

PAÍS: Colombia

DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Fredonia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cl. 49 E 83 A 196 Unidad sol naciente, B/Calasanz

PAÍS: Colombia DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Medellín

TELÉFONO: 3004090903 EMAIL: krolopezv20@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										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2005

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		Enfermera	06	2013	1.041.147.265

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Español			X			X			X

FORMATO ÚNICO

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Pablo Tobón Uribe		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	*MUNICIPIO* Medellín			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* hptu@hptu.org.co
TELÉFONOS (574) 445 9000 / / (574) 441 1440	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 08 AÑO 2019			*FECHA DE RETIRO* DÍA 21 MES 01 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermero en cuidado crítico pediátrico y neonatal	*DEPENDENCIA* Sección Pediatría			*DIRECCIÓN* Cl. 78 B # 69-240
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Vicente Fundación		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	*MUNICIPIO* Medellín			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* info@sanvicentefundacion.com
TELÉFONOS 444 13 33	*FECHA DE INGRESO* DÍA 17 MES 07 AÑO 2017			*FECHA DE RETIRO* DÍA 06 MES 08 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Enfermera general	*DEPENDENCIA* UCI Neonatal			*DIRECCIÓN* Cl. 64 # 51 D-154
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD ESE Hospital San Sebastián de Urabá		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	*MUNICIPIO* Necoclí			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* cad@hospitalnecocli.gov.co
TELÉFONOS (604) 821 45 46	*FECHA DE INGRESO* DÍA 28 MES 10 AÑO 2014			*FECHA DE RETIRO* DÍA 17 MES 01 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Enfermera profesional	*DEPENDENCIA* Servicio de urgencias			*DIRECCIÓN* Cl. 50 # 36-37 Vía Turbo-Necoclí
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD ESE Hospital San Sebastián de Urabá		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	*MUNICIPIO* Necoclí			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* cad@hospitalnecocli.gov.co
TELÉFONOS (604) 821 45 46	*FECHA DE INGRESO* DÍA 28 MES 10 AÑO 2013			*FECHA DE RETIRO* DÍA 27 MES 10 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO Enfermera en servicio social	*DEPENDENCIA* Programas de PYP			*DIRECCIÓN* Cl. 50 # 36-37 Vía Turbo-Necoclí

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

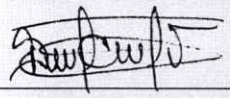
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	5	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	8

5 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 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 Medellín Antioquia 22/03/2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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