



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                        |  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>LOPEZ                                                                                                                    |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>PEÑA                                                                                                                                            |  | NOMBRES<br>JUDITH MILAGRO                                                              |  |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 36695915      |  | GÉNERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <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><br>FECHA<br>DÍA 01 MES 12 AÑO 1980<br><br>PAÍS COLOMBIA<br><br>DEPTO MAGDALENA<br><br>MUNICIPIO SANTA MARTA |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>- CALLE 20 # 26-102<br><br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br><br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br><br>TELÉFONO 3017201627 EMAIL judithlopezpena2@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               | 1996 |

**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        |    | AUXILIAR DE ENFERMERIA                   | 07          | 2001 |                            |

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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |     |
|-------------|-----------|-----------------|----------|----|--------------------------------------------|-------------|-----|
|             |           |                 | SI       | NO |                                            | MES         | AÑO |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN                             | MODALIDAD                                     | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|----------|----|--------------------------------------------|-------------|------|
|                                         |                                               |                 | SI       | NO |                                            | MES         | AÑO  |
| CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRETIMIENTO  | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60              | X        |    | GESTION DEL DUELO                          | 02          | 2023 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA D ELA EPSRANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60              | X        |    | SOPORTE VITAL BASICO                       | 02          | 2023 |
| ASOSACION DE EMERGENCIA                 | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60              | X        |    | ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL    | 02          | 2022 |

4

IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

5

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<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<br>4365007                                                    | FECHA DE INGRESO         |                                              |         |                            |     |                               | FECHA DE RETIRO |  |     |  |     |  |
|                                                                         | Día                      | 01                                           | Mes     | 04                         | Año | 2025                          | Día             |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                |                          | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA |         |                            |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |  |     |  |     |  |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                         |  |  |                                              |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|-------------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                               |  |  |                                              |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAPRECOM-UNIDAD MATERNO INFANTIL                   |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                     |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                                         |  |  | Día                                          | 24           | Mes | 03           | Año | 2011                          | Día             |    | Mes |    | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AAUXIIAR DE ENFERMERIA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>ACTIVIDADES DE SALUD          |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- AV LIBERTADOR  |                 |    |     |    |     |
| 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<br>4365007                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                                         |  |  | Día                                          | 01           | Mes | 01           | Año | 2025                          | Día             | 31 | Mes | 03 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                |  |  | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |    |     |    |     |
| 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<br>4365007                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                                         |  |  | Día                                          | 01           | Mes | 10           | Año | 2024                          | Día             | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                |  |  | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |    |     |    |     |
| 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<br>4365007                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                                         |  |  | Día                                          | 16           | Mes | 02           | Año | 2023                          | Día             | 31 | Mes | 08 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMEIRA        |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |                 |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                              |  |  |                                              |              |     |              |     |                               |                 |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION CARDIO VASCULAR                          |  |  |                                              | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |                 |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                     |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>4329100                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     |                               | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                                         |  |  | Día                                          | 13           | Mes | 07           | Año | 2011                          | Día             | 28 | Mes | 02 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                |  |  | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 4 26 71  |                 |    |     |    |     |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                          |  |  |                                              |         |     |              |     |                              |                 |    |     |    |     |
|----------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|---------|-----|--------------|-----|------------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |         |     |              |     |                              |                 |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>COOP ASISTENCIA CTA                 |  |  |                                              | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA             |                 |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                     |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>4329100                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                             |         |     |              |     |                              | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                          |  |  | Día                                          | 25      | Mes | 03           | Año | 2011                         | Día             | 12 | Mes | 07 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA   |  |  | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA        |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 4 26 71 |                 |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |         |     |              |     |                              |                 |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>COOSANAR CTA                        |  |  |                                              | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA             |                 |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA                     |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>4213308                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                             |         |     |              |     |                              | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |
|                                                          |  |  | Día                                          | 02      | Mes | 01           | Año | 2009                         | Día             | 31 | Mes | 08 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |  | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 5 48   |                 |    |     |    |     |

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          |                 |  |      |  |      |

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            | 2                     | 4     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 15                    | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

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 27/07/2025 Santa Marta Leobeth Lopez Peni

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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