



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Romero	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Urbina	NOMBRES Maria Alejandra
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1083029746	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 07 MES 08 AÑO 1997 PAÍS DEPTO MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO MUNICIPIO TELÉFONO EMAIL marialerour@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO 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	12	2022	
CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS							
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION			
				MES	AÑO		
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

FORMATO COMPLETO

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 O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3043977106			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	08	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 23 - CRA 14 No 23-42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3043977106			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	04	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 CRA 14 No 23-42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	04	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	12	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	09
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	05	Mes	04	Año	2023	Día	31	Mes	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA <RURAL			DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES				

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:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	4	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	9

6

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Santa marta, Julio de 2025

Maria Alejandra Romero U

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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