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 |
|---|---|---|
| FUENMAYOR | MENDOZA | YOLEIDIS |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1118807025 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 22 MES 11 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO RIOHACHA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 45 14H 1 VILLA CAMPO ALEGRE

PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO RIOHACHA

TELÉFONO 3137494082 EMAIL yoleidisfuenmayor22@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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2004 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***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 | |
| PREGRADO | 10 | X | | ENFERMERIA | 10 | 2010 | 28613 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***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* |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 45 | X | | ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE | 05 | 2025 |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 45 | X | | SEGURIDAD DEL PACIENTE | 05 | 2025 |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 45 | X | | PAPSIVI | 05 | 2025 |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 45 | X | | VIRUELA DEL MONO | 05 | 2025 |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 45 | X | | ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALUD MENTAL | 05 | 2025 |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 70 | X | | INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO ( IVE) | 05 | 2025 |
| MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 45 | X | | TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (TS) | 05 | 2025 |
| ACADEMIA EXPERTIA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120 | X | | Pruebas en Punto de Atención (POCT) | 02 | 2025 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | SOPORTE VITAL BASICO | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | SOPORTE VITAL AVANZADO | 06 | 2024 |

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* |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60 | X | | INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60 | X | | AIEPI COMUNITARIO | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA9 | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON DENGUE | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | INTERVENCION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA) | 06 | 2024 |
| EDU SALUD | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | MANEJO INTEGRAL DE LA DESNUTRICION AGUDA, MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD | 06 | 2024 |

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* |
| | | | | | | | | | |

## 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*<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO DE NIVEL II | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>LA GUAJIRA | *MUNICIPIO*<br>MAICAO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | *Día* | 09 | *Mes* | 11 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1680 2009 ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>CONVENIO CON ICBF | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 38 39 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA RENACER | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>LA GUAJIRA | *MUNICIPIO*<br>RIOHACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7282840 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2013 | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1680 2009 ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14A 11 9 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IPSI OUTTAJIAPULEE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>LA GUAJIRA | *MUNICIPIO*<br>URIBIA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2011 | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2013 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE LA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 7F 13 69 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>CARGANDO... | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>LA GUAJIRA | *MUNICIPIO*<br>RIOHACHA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 01 | *Mes:* | 02 | *Año:* 2023 | *Día:* | 30 | *Mes:* | 11 | *Año:* | 2024 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS | *NIVEL EDUCATIVO*<br>BASICA PRIMARIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 15 12C 3 | | | | | |

## 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 | 0 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 11 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 11 |

## 8 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 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* *Riohacha, 17 de octubre de 2025*

YOLEIDIS FUENMAYOR MENDOZA

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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. Mireya Quintero

Riohacha, 16 de octubre de 2025

*Ciudad y fecha*

JORGE LUIS DAZA ACOSTA

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*