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*
Gitierrez	Bermudez	Sharay Vanessa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1082856525

SEXO: F X M ○

NACIONALIDAD: COL. X EXTRANJERO ○ *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 07 AÑO 2004

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 17A 12A 61 EL CUNDI

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO _____ EMAIL sharaygutierrezbermudez@gmail.

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 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).

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*

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD *Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche*			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* *Colombia*						
DEPARTAMENTO *Magdalena*	*MUNICIPIO* *Santa Marta*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *webmaster@hujmb.gov.co*						
TELÉFONOS *(605) 4372167 - 018000 180375*	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	04	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL *Auxiliar de enfermería*	*DEPENDENCIA* *Urgencia*					*DIRECCIÓN* *Carrera 14 No. 23-42 Barrio Los Alcázares*					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD *Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche*			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* *Colombia*						
DEPARTAMENTO *Magdalena*	*MUNICIPIO* *Santa Marta*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *webmaster@hujmb.gov.co*						
TELÉFONOS *(605) 4372167 - 018000 180375*	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL *Auxiliar de enfermería*	*DEPENDENCIA* *Urgencia*					*DIRECCIÓN* *Carrera 14 No. 23-42 Barrio Los Alcázares*					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD *Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche*			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* *Colombia*						
DEPARTAMENTO *Magdalena*	*MUNICIPIO* *Santa Marta*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *webmaster@hujmb.gov.co*						
TELÉFONOS *(605) 4372167 - 018000 180375*	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	12	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL *Auxiliar de enfermería*	*DEPENDENCIA* *Urgencia*					*DIRECCIÓN* *Carrera 14 No. 23-42 Barrio Los Alcázares*					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD *Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche*			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* *Colombia*						
DEPARTAMENTO *Magdalena*	*MUNICIPIO* *Santa Marta*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *webmaster@hujmb.gov.co*						
TELÉFONOS *(605) 4372167 - 018000 180375*	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL *Auxiliar de enfermería*	*DEPENDENCIA* *Urgencia*					*DIRECCIÓN* *Carrera 14 No. 23-42 Barrio Los Alcázares*					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	10

6 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 CONLA 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 SANTA MARTA, MAGDALENA, 31 DE OCTUBRE DEL 2025

Sharay Gutierrez Bermudez

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