



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>SALCEDO                                                                                                               |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MORENO                                                                                                                               |  | NOMBRES<br>NICOLE MARIA                                                                                 |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1082839751 |  | 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>FECHA<br>DÍA 16 MES 04 AÑO 2004<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA              |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 11 - 19A 54<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO SANTA MARTA<br>TELÉFONO 3194681557 EMAIL nicolesalcedomoreno@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 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        |    | TECNOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA Y ATENCION HOSPITALARIA BASICA | 12          | 2022 |                            |

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  |
| Fundacion nuestra señora de la esperanza | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 80              | X        |    | Curso de atencion integral a victimas de violencia sexual | 06          | 2023 |

# 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  |
| Fundacion nuestra señora de la esperanza | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48              | X        |    | Curso protocolos de atencion integral a victimas de quemaduro con agentes quimicos | 03          | 2023 |
| Fundacion nuestra señora de la esperanza | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48              | X        |    | Curso soporte vital basico RCP (bls)                                               | 03          | 2023 |
| Fundacion nuestra señora de la esperanza | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120             | X        |    | Curso manejo integral en la unidad de cuidados intensivos UCI adulto               | 03          | 2023 |
| fundacion nuestra señora de fatima       | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48              | X        |    | Curso de acompañamiento en proceso de duelo en enfasis en terapia emocional        | 02          | 2023 |

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 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>3194681557                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO               |              |     |         |     |                  | FECHA DE RETIRO               |  |     |  |     |  |
|                                                                         |  |  | Día                            | 21           | Mes | 06      | Año | 2023             | Día                           |  | Mes |  | Año |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR EN ENFERMERIA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA 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 ANTERIOR                                                                |  |  |  |                                  |    |         |    |                               |      |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA |  |  |  | PÚBLICA<br>X                     |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA              |      |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                                 |  |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA         |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |      |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>4346262                                                                      |  |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |         |    | FECHA DE RETIRO               |      |     |    |     |    |
|                                                                                           |  |  |  | Día                              | 15 | Mes     | 11 | Año                           | 2024 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>161 AUXILIAR DE ENFERMERIA                                     |  |  |  | DEPENDENCIA<br>"HOSPITALIZACION" |    |         |    | 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>4346262                                                                      |  |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |         |    | FECHA DE RETIRO               |      |     |    |     |    |
|                                                                                           |  |  |  | Día                              | 01 | Mes     | 04 | Año                           | 2024 | Día | 31 | Mes | 10 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>161 AUXILIAR DE ENFERMERIA                                     |  |  |  | DEPENDENCIA<br>"HOSPITALIZACION" |    |         |    | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 23 42 |      |     |    |     |    |

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: |  |
| 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 | 0                     | 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 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 26 DE OCTUBRE DEL 2025

Nicole Sabido

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