



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUINTERO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VILLANUEVA		NOMBRES MARIA ALEJANDRA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1127395851		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 29 MES 07 AÑO 1992 PAÍS VENEZUELA DEPTO. MUNICIPIO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 9 20 10 Barrio Arturo Bueno PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA MUNICIPIO LA PRIMAVERA TELÉFONO 3132887211 EMAIL marialequintero villanueva@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°	1X°	MES	07	AÑO	2009

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	12	X		MEDICO CIRUJANO	12	2017	1127395851

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)

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
Universidad de Carabobo	EDUCACIÓN INFORMAL	200	X		Diplomado de Estética Facial y Corporal	12	2021

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 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	07	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL		DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						DIRECCIÓN CALLE 18 10 null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA		MUNICIPIO PUERTO CARREÑO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5654009		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	05	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"						DIRECCIÓN CALLE 18 10 43					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	30	Mes	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 la primavera				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO VICHADA			MUNICIPIO PUERTO CARREÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 5654009			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	15	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA MEDICO GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 18 10 43 la primavera				

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				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

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