FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| RIVERA | MARIN | MONICA ALEJANDRA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1111197863 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 17 MES 12 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO FRESNO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 8N 3 76 LA POLA

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO EMAIL alejandraenfermera2018@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 BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2007 |
| | | | | | | | | | | 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 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD | 07 | 2020 | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 11 | 2017 | 1111197863 |

## 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)

## 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* |
| INGLÉS | | X | | | X | | | X | |

## 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 NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - CARMEN DE APICALA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>CARMEN DE APICALÁ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO ENFERMERA JEFE | *DEPENDENCIA*<br>ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 5 null 07 BARRIO LUSITANIA | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - CARMEN DE APICALA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>CARMEN DE APICALÁ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3176478584 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ASESORA CALIDAD CONTROL INTERN | *DEPENDENCIA*<br>AREA CALIDAD Y PLANEACION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 5 7 BARRIO LUSITANIA | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>GOBERNACION DE TOLIMA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 18 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 | *Día* | 14 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO | *DEPENDENCIA*<br>4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3 null null ENTRE 10 Y 11 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>GOBERNACION DE TOLIMA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>CARMEN DE APICALÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 | *Día* | 25 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO | *DEPENDENCIA*<br>4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 5 7 lusitania | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - CARMEN DE BOLIVAR | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>CARMEN DE APICALÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3176478584 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* | 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ASESOR DE CALIDAD | *DEPENDENCIA*<br>CALIDAD Y PLANEACION | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>GOBERNACION DE TOLIMA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3106558871 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 02 | *Año* | 2022 | *Día* | 05 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL | *DEPENDENCIA*<br>DIRECCION DE SALUD PUBLICA SSR | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3A 10 null CRA 3 ENTRE CALLE 10 Y 11 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DL SERCAL S.A.S | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138484650 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 10 | *Año* | 2020 | *Día* | 09 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>REQUIERE CORRECCION | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASESORA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4E 10Y 11 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FRESNO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>FRESNO | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3118988757 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2018 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1680 2009 ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 9 2 42 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE FRESNO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>FRESNO | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2582028 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 01 | *Año* | 2018 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SALUD PUBLICA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 7N 3 28 parque principal | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA CECTE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 02 | *Mes:* | 08 | *Año:* | 2019 | *Día:* | 30 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2021 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>EDUCACION MEDIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 7 - 9 43 BARRIO EL DORADO | | | | | |

## 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 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 6 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 2 | 4 |

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 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* _____

_____

*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*

Universidad Católica de Manizales

# Acta de Grado

**No. 57**

En la ciudad de Manizales, el día 13 de diciembre de 2017, la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES previo juramento reglamentario confirió el título de:

**ENFERMERA**

A

**MÓNICA ALEJANDRA RIVERA MARÍN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1111197863 de Mariquita(Tolima), quien cumplió con los requisitos académicos establecidos en los reglamentos y normas legales para el otorgamiento del título.

El diploma se encuentra registrado en el Libro de Grado No. **21** Folio **36-1073.**

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado expedida en la ciudad de Manizales, el día 13 de diciembre de 2017

MODALIDAD DE GRADO: Seminario de grado de carácter investigativo.

TÍTULO: "Seminario de grado enfoque curso de vida bajo el modelo de atención integral en salud".

Mgr. Hna. ELIZABETH CAICEDO CAICEDO
Rectora

Mgr. Abg. CATALINA TRIANA NAVAS
Secretaria General

Escaneado

La República de Colombia
y en su nombre

# La Universidad Católica de Manizales

Personería Jurídica según Decreto 271 del 19 de junio de 1962 de la Arquidiócesis de Manizales
y Resolución 03275 del 25 de junio de 1993 del Ministerio de Educación Nacional

Reconociendo que

## Mónica Alejandra Rivera Marín

C.C. 1.111.197.863 de Mariquita, Tolima

Cumplió todos los requisitos reglamentarios,
le confiere el título de:

# Enfermera

Snies 7950

Expedido en la ciudad de Manizales a los 13 días de diciembre de 2017

Folio 36, Registro 1073, Libro de Grados 21

Rectora

Secretaria General

# ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1111197863

Primer Nombre

MONICA

Primer Apellido

RIVERA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7248

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2025-08-29→9:51:14 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificació |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1111197863 | MONICA | ALEJANDRA | RIVERA | MARIN | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MONICA ALEJANDRA RIVERA MARIN identificado(a) con CC 1111197863 registra La siguiente información:**

**2025-08-29→9:51:14 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2018-01-31 | 1111197863 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2011-03-07 | 924 | DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA |

**Datos SSO**

| Tipo | Tipo | Lugar | Fecha | Fecha | Modalidad | Programa |
|---|---|---|---|---|---|---|

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Re |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA\|NO APLICA\| | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Enfermería | ORG CO EN |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

## SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones