



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 De La Rosa	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gomez	NOMBRES Omaira Luz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 57413689	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 04 MES 02 AÑO 1968 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena MUNICIPIO pueblo Viejo		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Manzana 40 casa 17 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena MUNICIPIO Santa Marta TELÉFONO 3004877042 EMAIL omairadelrosadegomez@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		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	12	AÑO	1987

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	
TC	6	X		Secretariado Ejecutivo	09	1990	
TC	6	X		Auxiliar en Enfermería	08	2009	10409

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital universitario Julio Mario Botero	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Santa Marta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4346262	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 01 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA Hospitalización	DIRECCIÓN Carrera 14 # 23-42	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San José Pueblo Viejo	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Pueblo Viejo	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD eshospitalviejo@yahoo	
TELÉFONOS 4101784	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermería	DEPENDENCIA consulta externa	DIRECCIÓN Calle 12 # 6-74	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Policlínica Ciénaga	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Ciénaga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3008440804	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 01 AÑO 2000	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 09 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO Secretaria	DEPENDENCIA Área Fisioterapia privada	DIRECCIÓN Calle 8 # 11-39	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Clínica General del Norte	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Ciénaga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4240896	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 11 AÑO 1992	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 1995	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

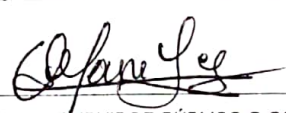
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	12	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	8

5 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 Santa Marta 15-08-2024


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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