FORMATO COMPLETO

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
LÓPEZ	LAGUNA	KARINA LISBETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082852758	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 01 AÑO 1986	CARRERA 44 6 30 pescaito			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	karilola86@hotmail.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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2002
										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).

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

FORMATO COMPLETO

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*

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	10	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRACTIVO				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZAREZ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	08	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO I	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRACTIVO				*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZAREZ						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRACTIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZAREZ					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2274-TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 33 alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4325689	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	12	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRACTIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* "ADMINISTRACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 NORTE 24 42 NORTE ALCAZARES					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMISITRATIVO 4065-08	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRACTIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 alcazares					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO I	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 BARRIO ALCAZARES					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADAMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 24 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 24 NORTE 23 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EQUIPOS Y TRANSPORTE S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3234678897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	19	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE DE ATENCION AL CLIENTE	*DEPENDENCIA* ADMIINSTRACION Y VENTAS					*DIRECCIÓN* AUTOPISTA 17 117A 4 SUR KILOMETRO 17 VIA CIENAGA						

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:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO COMPLETO

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	2	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO _X_ 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 **SANTA MARTA DICIEMBRE/2025**

Karina López

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