FORMATO ÚNICO

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
PATERNINA	RUIZ	LINA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39022817	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 11 AÑO 1983

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO EL BANCO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVENIDA 8N 8E 50 CUARTA ETAPA GUAIMARAL

PAÍS COLOMBIA DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO SAN JOSÉ DE CÚCUTA

TELÉFONO 5925552 EMAIL sharickste1011@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 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	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	12	2012	54-1578

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*
FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	EDUCACIÓN INFORMAL	96	X		ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) CLINICO	11	2015
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	4	X		ASPECTOS JURIDICOS FRENTE AL ACCESO DE DERECHO FUNDAMENTAL A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	06	2016
ASOCIACION COLOMBIANADE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME)	EDUCACIÓN INFORMAL	30	X		MODELO DE ATENCION BASADO EN SALUD FAMILIAR	03	2017
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	05	2019
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		B.L.S NEONATO -PEDIATRICO SOPORTE VITAL BASICO	06	2019
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		B.L.S -ACLS EN ADULTO SOPORTE VITAL BASICO Y CARDIOVASCULAR	06	2019
SENA-ACESI	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		PLANEACION Y CONTROL ESTRATÉGICO DEL DESEMPEÑO DE INSTITUCIONES EN SALUD	11	2020

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*

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CUCUTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5829990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* N. SANTANDER-CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA						*DIRECCIÓN* CALLE 2 NORTE 4Y 5 BARRIO PESCADERO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CUCUTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6075829990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* N. SANTANDER-CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA						*DIRECCIÓN* CALLE 2N 4 5 avenida, pescadero					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CUCUTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5829990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INTRUSTOR	*DEPENDENCIA* N. SANTANDER-CENTRO DE FORMACION PARA EL						*DIRECCIÓN* CALLE 2N 2N 5 calle 2N avenida 5 barrio pescadero					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAMUEL VILLANUEVA VALEST - EL BANCO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* EL BANCO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 7 null null CARRERA 7 ESQUINA, EL BANCO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI IPS NORTE DE SANTANDER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DE CÚCUTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3275710	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL SERVICIOS ASISTENCIAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* AVENIDA 1 22 44 BARRIO EL ROSAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD MI COORPORACION IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DE CÚCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	07	*Año* 2015	*Día*	20	*Mes*	07	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ATENCION A PACIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA 1 22 44 BARRIO EL ROSAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DE CÚCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA 2E 5 23 BARRIO CEIBA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DE CÚCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	07	*Año* 2013	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL SERVICIOS ASISTENCIAL EN SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA 0 124 null BARRIO BLANCO					

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA POLITECNICO DEL MAGDALENA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* EL BANCO					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3028403035	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	07	*Mes:*	05	*Año:* 2020	*Día:*	10	*Mes:*	05	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 1B - 10 30 BARRIO EL BANQUITO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	4	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	1	7

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento San José de Cúcuta, 08 de enero del 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

San José de Cúcuta, 09 de enero 2026

Ciudad y fecha

Firmado digitalmente por HUGO LEON TABORDA OCAMPO
Fecha: 2026.01.09 11:08:42 -05'00'

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS