



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANCHEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HENAO		NOMBRES PAULA FERNANDA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1026560091		GÉNERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 15 MES 02 AÑO 1989		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 5 69C 56 casa 5			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO. BOGOTÁ. D.C.	
DEPTO. BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO 3204749645		EMAIL psanchez.0215@gmail.com	

2

FORMACION 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 (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	8	X		ENFERMERIA	05	2010	26339

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)

HOLLA DE VIDA

Personas Naturales



El presente formulario es de uso exclusivo de la ONPE.

Se prohíbe la reproducción o el uso no autorizado de este documento.

Fecha de Emisión: 15 de Julio del 2015



NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	
NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	
NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	
NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	



NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	
NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	
NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	
NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCION		TEL. DOMESTICO		TEL. CELULAR		TEL. OFICINA		TEL. FAX		E-MAIL		OBSERVACIONES	



El presente formulario es de uso exclusivo de la ONPE.

Se prohíbe la reproducción o el uso no autorizado de este documento.

Fecha de Emisión: 15 de Julio del 2015

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

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 SUBREO INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 10000		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	27	Mes	03	Año	2023	Día	15	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO-SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN DIAGONAL 34 5 43							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3444484		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	04	Mes	05	Año	2021	Día	26	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFESIONAL		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN DIAGONAL 34 5 43							

R. L. Arango
19/09/2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:			
AREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN			

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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	5
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 VERACIOS. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá D.C. Enero 2020

Paura Sanchez H

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Original
Impreso

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

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.

Deneo De 2016

Ciudad y fecha

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018800817770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

[Firma]
[Firma]

