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
CHEMAS	BONILLA	MARGARITA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 25276282	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 12 MES 02 AÑO 1978	CARRERA 5 1 60 barrio centro			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CAUCA
DEPTO	CAUCA	MUNICIPIO	POPAYÁN		
MUNICIPIO	POPAYÁN	TELÉFONO	3206197114	EMAIL	chemasbonillamargaritamaria@gmail.co

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°	1X1°	MES	06	AÑO	1995

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 ADMINISTRACION HOSPITALARIA	08	2010	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA	02	2009	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	03	2000	10485

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*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		EVALUADOR DE COMPETENCIAS LABORALES	03	2009
ACOPI CAUCA Y GRUPO CALIDAD INTEGRAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	32	X		FORMACION DE AUDITORES INTERNOS EN LA NORMA ISO 9001 - 2008	09	2009
CENTRO DE FORMACION INTEGRAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS - SALAMANDRA	EDUCACIÓN INFORMAL	30	X		MANEJO INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO	01	2010
UNIVERSIDAD DEL CAUCA Y ACOPI CAUCA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO GESTION INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO	11	2010
UNIVERSIDA DEL CAUCA Y CLINICA LA ESTANCIA	EDUCACIÓN INFORMAL	140	X		DIPLOMADO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	09	2012
UNIVERSIDAD DEL CAUCA	EDUCACION INFORMAL	140	X		FORMULACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION Y ESCRITURA DE TEXTOS CIENTIFICOS	02	2013
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	140	X		PEDAGOGIA BASICA PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL	11	2014
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		MICROSOFT EXCEL 2010 AVANZADO	04	2015
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		NIVEL INTERMEDIO - ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y NORMATIVA	09	2018
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		APLICACION DE HOJAS DE CALCULO	11	2018

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Medical Promovida IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 317403946	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APOYO A LA GESTION	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 24 30N 120 Kilómetro 11, variante norte						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA, POPAYAN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8331000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	28	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DEL DEPARTAMENTO	*DEPENDENCIA* DIRECCION MEDICA					*DIRECCIÓN* CALLE 15N 2 350						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA, POPAYAN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8331000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE AREA	*DEPENDENCIA* DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 15N 2 350						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA, POPAYAN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8331000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2008	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR UCI	*DEPENDENCIA* DIRECCION MEDICA					*DIRECCIÓN* CALLE 15N 2 350						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA, POPAYAN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8331000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	09	*Año*	2005	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO UCI ADULTO	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO					*DIRECCIÓN* CALLE 15N 2 350						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA REY DAVID CALI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5185000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2003	*Día*	10	*Mes*	04	*Año*	2005	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 34 7 01						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8386363	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2001	*Día*	06	*Mes*	04	*Año*	2001	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 15 17A 196 BARRIO LA LADERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NIVEL I EL BORDO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* PATÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 314702208	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2000	*Día*	09	*Mes*	01	*Año*	2001	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO SSO	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 5A 6						

6 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3225596729	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	11	*Mes:*	08	*Año:* 2021	*Día:*	18	*Mes:*	12	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 80 centro de comercio y servicios						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN FORENSIS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3045582631	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	03	*Año:* 2013	*Día:*	21	*Mes:*	06	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 - 4 45						

FORMATO ÚNICO

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	21	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	8	7

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 Popayán, enero 22 de 2026

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