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	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODAS	**CANO**	**ANA MILENA**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1.093.779.300**

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0 4 MES 0 7 AÑO 1 9 9 5

PAÍS **COLOMBIA**

DEPTO **ANTIOQUIA**

MUNICIPIO **AMAGÁ**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA SAN FERNANDO #53-51

PAÍS **COLOMBIA** DEPTO **ANTIOQUIA**

MUNICIPIO **AMAGÁ**

TELÉFONO **3137784083** EMAIL **anarodascano@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: BACHILLER TECNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS**

PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 2013
										x	

EDUCACION 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 SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	03	2016	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* 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 SAN FERNANDO AMAGÁ**	*PÚBLICA* **SI**	*PRIVADA*	*PAÍS* **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA**	*MUNICIPIO* **AMAGÁ**		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* **hospital@eseamaga-antioquia.gov.co**
TELÉFONOS **60448472926**	*FECHA DE INGRESO* DÍA 2 2 MES 0 3 AÑO 2 0 2 5		*FECHA DE RETIRO* DÍA 2 2 MES 1 2 AÑO 2 0 2 5
CARGO O CONTRATO ACTUAL **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**	*DEPENDENCIA* **SALUD PÚBLICA**		*DIRECCIÓN* **Cra. 51 #52B-59**
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD **IPS UNIVERSITARIA "SEDE LEÓN XIII**	*PÚBLICA* **SI**	*PRIVADA*	*PAÍS* **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA**	*MUNICIPIO* **MEDELLIN**		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* **ipsuniversitaria@ipsuniversitaria.com.co.**
TELÉFONOS **6044447085**	*FECHA DE INGRESO* DÍA 2 1 MES 0 6 AÑO 2 0 2 0		*FECHA DE RETIRO* DÍA 1 9 MES 0 7 AÑO 2 0 2 1
CARGO O CONTRATO **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**	*DEPENDENCIA* **UCI**		*DIRECCIÓN* **51B #69-1-51**
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD **SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**	*PÚBLICA* **SI**	*PRIVADA*	*PAÍS* **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA**	*MUNICIPIO* **AMAGÁ**		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* **SALUD@AMAGÁ.GOV.CO**
TELÉFONOS **6048472122**	*FECHA DE INGRESO* DÍA 2 6 MES 0 6 AÑO 2 0 1 8		*FECHA DE RETIRO* DÍA 2 7 MES 1 2 AÑO 2 0 1 9
CARGO O CONTRATO **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**	*DEPENDENCIA* **APOYO EPIDEMOLOGICO**		*DIRECCIÓN* **AMAGÁ**
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD **HOSPITAL MENTAL DE CUCÚTA (RUBENCINDO SOTO)**	*PÚBLICA* **SI**	*PRIVADA*	*PAÍS* **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **NORTE DE SANTANDER**	*MUNICIPIO* **CUCÚTA**		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* **hosmentalcucuta@hotmail.com**
TELÉFONOS **(607) 5 748777.**	*FECHA DE INGRESO* DÍA 0 7 MES 0 6 AÑO 2 0 1 5		*FECHA DE RETIRO* DÍA 0 7 MES 1 0 AÑO 2 0 1 5
CARGO O CONTRATO **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**	*DEPENDENCIA* **AUXILIAR DE ENFERMERÍA (PRACTIACANTE)**		*DIRECCIÓN* **Cl 22 av 19a y 19b Barrios San José**

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	6	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	0
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	8	9

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 **AMAGÁ ANTIOQUIA**

19/01/2026

Ana Milena Cabis Caro

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