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*
MORENO	SALAZAR	PAULA TATIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No.1060591849

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 13 MES 12 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO SUPIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: _____

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLIN

TELÉFONO 3042117071 EMAIL paulamoreno1323@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES ___ AÑO ____

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*
UN	10	X		ENFERMERA	12	2012	21830
ES	2	X		GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD		2018	

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

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 SAVIA SALUD EPS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLIN		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 08 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER DEL RIESGO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* CL 45 55 65	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SUPIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* SUPIA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 23 MES 03 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO SECRETARIA DE SALUD	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* CL 32 6 11	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD PROMEDAN		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLIN		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 4446395	*FECHA DE INGRESO* DÍA 13 MES 10 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO* DÍA 16 MES 03 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO GESTOR P Y P	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* CL 5446 27	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD SALUD FAMILIAR IPS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* x	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLIN		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 3690793	*FECHA DE INGRESO* DÍA 27 MES 07 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 05 MES 08 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR LIDER	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

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		*32*
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	*9*	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	***9***	***32***

5 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 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 MEDELLIN 15 DE DICIEMBRE DE 2025

Paula Moreno S.

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