FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ESPINAL	*MONTOYA*	*YUDY ANDREA*

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 21816688 — *SEXO*: F (●) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (●) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: *COLOMBIA*

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 21 MES 08 AÑO 1982

PAÍS *COLOMBIA*

DEPTO *ANTIOQUIA*

MUNICIPIO *ITUANGO*

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 44 # 26 - 51

PAÍS *COLOMBIA* DEPTO *ANTIOQUIA*

MUNICIPIO *ITUANGO*

TELÉFONO *3104372316* EMAIL *Andreespinal7@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	X11	MES	AÑO
											12	2002

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*
TÉCNICA	3	X		TÉCNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	02	2016	
TÉCNICA	3	X		TÉNICO EN AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	12	2003	
TÉCNICA	3	X		TÇNICO EN AUXILIAR DE HIGIENE ORAL	01	2005	

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR PEDAGÓGICA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	*I T U A N G O*	notificacioneshospitalituango@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8643100 - 5643185	DÍA 0 9 MES 0 3 AÑO 2 0 2 4	DÍA 0 7 MES 0 9 AÑO 2 0 2 4

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
HIGIENISTA ORAL	*ATENCION PRIMARIA EN SALID*	Carrera Quindío # 25-54

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COSULTORIO PRODENTAL PLUS		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	*ITUANGO*	Prodentalplus1@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3058165276	DÍA 0 1 MES 0 8 AÑO 2 0 2 1	DÍA 2 9 MES 0 2 AÑO 2 0 2 4

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ODONTOLÓGIA		*EDIFICIO DEL CAFÉ*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	*ITUANGO*	notificacioneshospitalituango@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8643100 - 5643185	DÍA 0 1 MES 0 6 AÑO 2 0 1 5	DÍA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 1 5

CARGO O CONTRATO *HIGIENISTA ORAL*	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN* *CALLE ARIAS ITUANGO*

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)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO MAURICIO		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	*ITUANGO*	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3122876768	DÍA 01 MES 12 AÑO 2006	DÍA 15 MES 11 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA Y DE HIGIENE ORAL		*CALLE ITUANGO*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	*ITUANGO*	notificacioneshospitalituango@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5585680	DÍA 01 MES 02 AÑO 2005	DÍA 30 MES 11 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
HIGIENISTA ORAL		Cra Quindío # 25-54

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

N

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	1	*11*
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	*5*	*5*
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	***7***	***4***

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 *ITUANGO, 20/ 01/2026*

Andrea Espinal

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