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*
PARODI	ORTIZ	STEFANI CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. PAS No. 1082944233

GENERO: F X M NB

NACIONALIDAD: COL. X *PAÍS*: EXTRANJERO

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 01 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 9 19 72 almendros

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3017812476 EMAIL stephyparodi@gma

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*	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2019	24160

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:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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)

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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*
ESPAÑOL			X			X			X

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 CLINICA LA MILAGROSA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3145471745	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	Día 20 *Mes* 08 *Año* 2024	*Día* 30 *Mes* 09 *Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE ENFERMERIA	*DEPE NDENCIA* HOSPI TALIZACI ON	*DIREC CIÓN* CALLE 22 13A n ull 09

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLE O O CO N TRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚB LICA*	*PRIVA DA*	*PAÍS*
CLNICA OFTALMOLOGOS ASOCAIDOS DE LA C OSTA		X	COLO MBIA

DEPARTAMENTO	*MUNIC IPIO* SINCE	*CORR EO ELEC TRÓNICO ENTIDA D*
SUCRE	LEJO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FE CHA DE RETIRO*					
2771018	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	18	*Mes*	06	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE	AREA HOSPITALARIA	CARRERA 25B 25 152

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
LA CONCEPCION		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
SUCRE	SINCELEJO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
2748150	*Día*	05	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPE NDENCIA*	*DIREC CIÓN*
JEFE	AREA DE HOSP ITALIZA CION	CALLE 38 52 249

EMPLE O O CO N TRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚB LICA*	*PRIVA DA*	*PAÍS*
INSTITUTO CANCEROLOGICO DE SUCRE INCA NS		X	COLO MBIA

DEPARTAMENTO	*MUNIC IPIO* SINCE	*CORR EO ELEC TRÓNICO ENTIDA D*
SUCRE	LEJO	

TELÉFONOS	*FECHA DE IN GRESO*						*FE CHA DE RETIRO*					
3017812476	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL EENFERMERA	*DEPE NDENCIA*	*DIREC CIÓN*
JEFE	AREA DE HOSP ITALIZA CION	CARR ERA 22 123 18

EMPLE O O CO N TRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚB LICA*	*PRIVA DA*	*PAÍS*
SALUD INTELIGENTE		X	COLO MBIA

DEPARTAMENTO	*MUNIC IPIO* BARR	*CORR EO ELEC TRÓNICO ENTIDA D*
ATLÁNTICO	ANQUILLA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FE CHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL EENFERMERA	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE	AREA DE URGENCIA	AUTOPISTA 40 22 290 barranquilla

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:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*	*DIRECCIÓN*

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

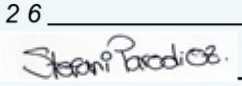
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 **NO**

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

Ciudad y fecha de diligenciamiento 22/FEBRERO/2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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