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*
LABARCES	***RINCÓN***	***KATTIA MARGARITA***

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1082947088**

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 21 MES 02 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTA MARTA

MUNICIPIO MAGDALENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 30 D SUR 50- 09

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 300 5917866 EMAIL katymargaret21@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.	5oX.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES 13 AÑO 2009

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 SUPERIOR**	**13**	**2**	**0**	**1**	**7**	**15520**
TC	**2**			**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**10**	**2**	**0**	**0**	**9**	

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 *ASILO SAGRADO CORAZON DE JESUS*	*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *MAGDALENA*	*MUNICIPIO* *SANTA MARTA*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *Cbamedios15@gmail.com*
TELÉFONOS *4216560 3158253530*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 23 MES 11 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO* DÍA 23 MES 01 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL *AUXILIAR DE ENFERMERIA*	*DEPENDENCIA* *ATENCION PSICOSOCIAL Y MANEJO DE ANCIANO*		*DIRECCIÓN* *CALLE 18 3 15 -12*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD *CLINICA BARGAR S.A*	*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *MAGDALENA*	*MUNICIPIO* *SANTA MARTA*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *CLINICACABAGAR@HOTMAIL.COM*
TELÉFONOS *4349230*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 09 MES 06 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO* DÍA 09 MES 09 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO *AUXILIAR DE ENFERMERIA*	*DEPENDENCIA* *HOSPITALIZACION Y URGENCIA*		*DIRECCIÓN* *KRA 16E # 7 - 02*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD *CLINICA BENEDICTO*	*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *MAGDALENA*	*MUNICIPIO* *SANTA MARTA*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *CLINICABENEDICTO@HOTMAIL.COM*
TELÉFONOS *4314370*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 10 MES 12 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO *AUXILIAR DE LABORATORIO*	*DEPENDENCIA* *TOMA DE MUESTRA*		*DIRECCIÓN* *CALLE 23 – 14 ALCAZARES*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	***1***	

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 *SANTA MARTA 11 DE FEBRERO DEL 2026*

Katia Labarcés R.

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