



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

E.S.E Hospital San Rafael
Ebéjico Antioquia

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Arenas	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) González	NOMBRES Maria José
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1007253900		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 19 MES 10 AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia MUNICIPIO Itagüí		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 63 # 79 sur 34 interior 401 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia MUNICIPIO La Estrella TELÉFONO 3135611532 EMAIL mariajosea1910@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	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2017	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
	SI	NO	MES		AÑO					
UN	10	x		Microbiología y Bioanálisis	01	2	0	2	6	1007253900

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 ESE Hospital San Rafael Ebéjico	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Ebéjico	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 8563055	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 03 AÑO 2026	FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 04 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Bacteriologa	DEPENDENCIA Laboratorio	DIRECCIÓN Vereda Fátima Ebéjico	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Clínica El Rosario	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Medellín	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD calidad@labmedico.com	
TELÉFONOS 604 2920795	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 02 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 06 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Prácticas profesionales I	DEPENDENCIA Laboratorio Médico de Referencia	DIRECCIÓN Carrera 41 # 62 – 5	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E Hospital La María	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Medellín	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ayudasdiagnosticas@lamaria.gov.co	
TELÉFONOS 604 4447192	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 07 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 11 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Prácticas profesionales II	DEPENDENCIA Laboratorio clínico	DIRECCIÓN Calle 92 EE #67-61	
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		5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		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 Ebéjico, Antioquia. 1 de abril de 2026

Maria José A.

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