



Persona Natural
(Leyes 100 de 1995, 480 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ozuna	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Escobar	NOMBRES Theidy de Jesus
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. (X) C.E. () PAS () No. 22732640	SEXO F (X) M ()	NACIONALIDAD PAIS COL. (X) EXTRANJERO ()
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ()	SEGUNDA CLASE ()	NÚMERO _____ D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA . DIA 05 MES 12 AÑO 1982		Calle 1811-42-213
PAIS Colombia		PAIS Colombia DEPTO Atlántico
DEPTO Atlántico		MUNICIPIO Sedad
MUNICIPIO Sedad		TELÉFONO 3004230509 EMAIL Ozunatheidy21@gmail.com

FORMACION ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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 - Contabilista			
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO			
1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.	7a.	8a.	9a.	10	X	MES	12	AÑO	2000

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	No. SEMESTRES ACADÉMICA	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Teórico	4	✓		Auxiliar de enfermería	12	2007	08135108300401

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

[illegible]

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1990)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Una ESE universitaria de Atlantic</u>		PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐ PAÍS <u>Colombia</u>	
DEPARTAMENTO <u>Atlántico</u>	MUNICIPIO <u>Barranquilla</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <u>653319538</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>15</u> MES <u>08</u> AÑO <u>2023</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <u>Aux. enfermera</u>	DEPENDENCIA <u>Cirugía</u>	DIRECCIÓN <u>C11-57 #23-100</u>	
EMPRESA O ENTIDAD <u>Fundación Hospital Universitaria metropolitana</u>		PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒ PAÍS <u>Colombia</u>	
DEPARTAMENTO <u>Atlántico</u>	MUNICIPIO <u>Barranquilla</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <u>ofitoleto@hum.co</u>	
TELÉFONOS <u>3565109</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>7</u> MES <u>09</u> AÑO <u>2013</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>12</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2021</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Aux. enfermera</u>	DEPENDENCIA <u>Cirugía</u>	DIRECCIÓN <u>Kr:42 FN-75B-18</u>	
EMPRESA O ENTIDAD <u>Clinica general del norte</u>		PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒ PAÍS <u>Colombia</u>	
DEPARTAMENTO <u>Atlántico</u>	MUNICIPIO <u>Barranquilla</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <u>3689831</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>13</u> MES <u>04</u> AÑO <u>2010</u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u>21</u> MES <u>02</u> AÑO <u>2013</u>	
CARGO O CONTRATO <u>Aux. enfermera</u>	DEPENDENCIA <u>Cirugía</u>	DIRECCIÓN <u>Kr:48 #70-38</u>	
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u>	FECHA DE RETIRO DÍA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u>	
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	3	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	

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

Porrazuela 23/12/2025

[Firma]
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

