



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Arango		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ocampo		NOMBRES Deysi Viviana	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1045021456		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS		
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 30 MES 09 AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia MUNICIPIO La Unión			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 30 # 25-100 APTO 202 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia MUNICIPIO Marinilla TELÉFONO 3003736675 EMAIL deysi.arango.24@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	X	MES 11 AÑO 2009	

EDUCACIÓN 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				
ES	8	X		ENFERMERA PROFESIONAL	04	2	0	2	4	64365
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	05	2	0	1	5	

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
INGLES		X			X			X	

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 CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO LA CEJA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD PSICOLOGOTH@CLINICASANJUNADEDIOS.COM	
TELÉFONOS 5352020	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 08 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 11 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRÁCTICA PROFESIONAL	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN AV SAN JUAN DE DIOS KM 0.8 VÍA PONTEZUELA	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO LA CEJA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD PSICOLOGOTH@CLINICASANJUNADEDIOS.COM	
TELÉFONOS 5352020	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 05 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	DEPENDENCIA CIRUGÍA	DIRECCIÓN AV SAN JUAN DE DIOS KM 0.8 VÍA PONTEZUELA	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JOAQUÍN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO NARIÑO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NARIHS01@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS 321815901	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 01 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO JEFE DE ENFERMERIA-COORDINADORA	DEPENDENCIA EBS	DIRECCIÓN CALLE 13 06 33	
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		11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	2

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).

Daysi V. Arango O.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS