



Libertad y Orden

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		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1043661416				F ☒ M ☐	COL. ☒ EXTRANJERO ☐	COLOMBIA
LIBRETA MILITAR						
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 30 MES 03 AÑO 2004				CARRERA 21B#48107		
PAÍS COLOMBIA				PAÍS COLOMBIA		DEPTO.
DEPTO. ATLANTICO				MUNICIPIO SOLEDAD		
MUNICIPIO SOLEDAD				TELÉFONO 3150694679		EMAIL ZCUMPLIDOSALAS@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	11	X		
										MES	12	AÑO	2020
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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS				TERMINACIÓN		Nº DE TARJETA PROFESIONAL			
		SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO				MES	AÑO				
UN	8	X		ENFERMERIA				12	20	2	4		
ESPECIFIQUE 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					
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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
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			
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			
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		

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 PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 28/06/2025

ZHARICK CUMPLIDO

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