FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Boada	Niño	*Angélica Viviana*

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 1052314215

SEXO
F ● M ○

NACIONALIDAD
COL. ● EXTRANJERO ○

PAÍS Colombia

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 02 MES 06 AÑO 1995
PAÍS Colombia
DEPTO Boyacá
MUNICIPIO Belén

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Calle8 nº 2-31
PAÍS Colombia DEPTO Boyacá
MUNICIPIO Belén
TELÉFONO 3103034149 EMAIL avboada95@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 ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2011

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	8	X		Enfermera	08	2	0	1	8	1052314215
ES	2	X		Esp. Gerencia en Instituciones de salud	08	2	0	1	8	
ES	2	X		Esp. Auditoria en Salud	03	2	0	2	4	

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 ESE Centro de salud Nuestra Señora de Belén	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Belén		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* centro_salud@belen-boyaca.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 04 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auditora cuentas medicas /calidad	*DEPENDENCIA* Area administrativa		*DIRECCIÓN* Carrera 4 n° 4-19
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE Salud Paz de Rio	*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Paz de Rio		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* esesaludpaz@hotmail.com
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 10 MES 01 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	*DEPENDENCIA* Promoción y Prevención		*DIRECCIÓN* Barrio Colonial carrera 4 nº 7- 32
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE Centro de salud de Betéitiva	*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Betéitiva		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* esebeteitiva@gmail.com
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 18 MES 12 AÑO 2018		*FECHA DE RETIRO* DÍA 21 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera SSO	*DEPENDENCIA* Promoción y Prevención		*DIRECCIÓN* Parque Principal
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 ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	6	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).

16/03/2026 *Angelica Boada*

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