



# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Flor		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ruiz		NOMBRES Sofia Lucelly	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 34566405		GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 23 MES 01 AÑO 1973		CARRERA 18A 12 85 BARRIO EL PAJONAL			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO CAUCA	
DEPTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYÁN			
MUNICIPIO POPAYÁN		TELÉFONO 3117096078		EMAIL sof.73@hotmail.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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	1994

**EDUCACIÓN 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 O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		ADMINISTRACION EN SALUD RES 76-0458	06	2017	

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	2560	X		TECNOLOGA EN ADMINISTRACION EN SALUD	08	2017
ESACAUCA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	06	2014

4

**IDIOMAS**

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

5

**EXPERIENCIA LABORAL**

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES VASCULARES CIVACNE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3155875698			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	12	Año	2024	Día	23	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA "FACTURACIÓN"					DIRECCIÓN CLÍNICA SAN RAFAEL						

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA DE POPAYAN				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 83310000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	11	Año	2010	Día	02	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CLINICA LA ESTANCIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3188211483			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	1998	Día	01	Mes	11	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA "FACTURACION"					DIRECCIÓN CALLE 15 17A 196 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SINTRASALUD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8303399			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2010	Día	31	Mes	08	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA CAJA Y FACTURACION					DIRECCIÓN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA-POPAYAN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE - POPAYAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8234508			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	12	Año	1998	Día	31	Mes	07	Año	2002
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA "TESORERIA"					DIRECCIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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	12	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

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

Lorena Juely Flor P  
Popayan 2 junio /26

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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.

02 JUN. 2026  
Ciudad y fecha

Lorena Juely Flor P  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS