



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
| PRIMER APELLIDO GAVIRIA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PIEDRAHITA | NOMBRES LUIZA MARIA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No 1039462996 | GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | PAÍS COLOMBIA |
| 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 05 MES 10 AÑO 1994 | CARRERA 52 47 36 | | |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA | DEPTO ANTIOQUIA | DEPTO ANTIOQUIA |
| DEPTO ANTIOQUIA | MUNICIPIO VENECIA | | |
| MUNICIPIO MEDELLÍN | TELÉFONO | EMAIL luisita_1205@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 | | BASICA SECUNDARIA | |
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2013 |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------|--|-------------|------|----------------------------|
| 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 | 10 | X | | PSICOLOGIA | 05 | 2019 | 205124 |

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 ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|---------|-----|-------------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -VENECIA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO VENECIA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 8490313 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 16 | Mes | 05 | Año | 2024 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 10129/2013 COORDINADORA | | | DEPENDENCIA PLAN DE SALUD PUBLICA - PIC | | | | | DIRECCIÓN CALLE 52 50 82 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD PROVINCIA DE ADMINISTRACION Y PLANIFICACION "CARTAMA" | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO VENECIA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3117054792 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 09 | Mes | 12 | Año | 2025 | Día | 08 | Mes | 04 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 5614/2016 PSICOSOCIAL | | | DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PSICOLOGICO | | | | | DIRECCIÓN CALLE 42B 52 106 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|--------------|-------------------------------|------------------|------|--|-----|----|-----|----|-----|--|------|
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO BETANIA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 6050233 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | |
| | | | Día | 04 | Mes | 04 | Año | | 2025 | | Día | 31 | Mes | 12 | Año | | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA | | | DEPENDENCIA PSICOLOGA | | | | DIRECCIÓN CARRERA 93 34A 1 | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD INDELEBLE SAS | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO MEDELLÍN | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 3196905911 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | |
| | | | Día | 13 | Mes | 03 | Año | | 2025 | | Día | 31 | Mes | 05 | Año | | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA | | | DEPENDENCIA FACILITADOR PSICOSOCIAL | | | | DIRECCIÓN CARRERA 43A 7 50 | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE TITIRIBI | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO TITIRIBI | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 3108440994 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | |
| | | | Día | 06 | Mes | 12 | Año | | 2024 | | Día | 31 | Mes | 12 | Año | | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA | | | DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD | | | | DIRECCIÓN CARRERA 20 20 28 | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -VENEZIA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO VENEZIA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 8400313 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | | 2023 | | Día | 31 | Mes | 12 | Año | | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 10129/2013 COORDINADORA | | | DEPENDENCIA PLAN DE SALUD PUBLICA - PIC | | | | DIRECCIÓN CALLE 52 50 82 | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -VENEZIA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO VENEZIA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 8490313 | | | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 05 | Año | | 2022 | | Día | 31 | Mes | 12 | Año | | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 10129/2013 COORDINADORA | | | DEPENDENCIA PLAN DE SALUD PUBLICA - PIC | | | | DIRECCIÓN CALLE 52 50 82 | | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------------|--|----|---------|-----|----------------------------|-----------------------------|--|-----|--|------|--|-----|--|----|--|-----|--|----|--|-----|--|------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -VENECIA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO VENECIA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 8490656 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 08 | | Mes | | 07 | | Año | | 2021 | | Día | | 23 | | Mes | | 12 | | Año | | 2021 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 10129/2013 COORDINADORA | | | | DEPENDENCIA PLAN DE SALUD PUBLICA - PIC | | | | | DIRECCIÓN CALLE 52 50 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -VENECIA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ANTIOQUIA | | | MUNICIPIO VENECIA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 8490656 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Día | | 16 | | Mes | | 03 | | Año | | 2020 | | Día | | 15 | | Mes | | 12 | | Año | | 2020 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1617 - 2016 COORDINADORA | | | | DEPENDENCIA PLAN DE SALUD PUBLICA - PIC | | | | | DIRECCIÓN CALLE 52 50 82 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | 4 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 2 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 _____

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS