



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Orrego	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Plata	NOMBRES Shiara
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No <u>1001032754</u>	GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>18</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2001</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ANTIOQUIA</u> MUNICIPIO <u>APARTADÓ</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA <u>19 19 100</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ANTIOQUIA</u> MUNICIPIO <u>CONCEPCIÓN</u> TELÉFONO <u></u> EMAIL <u>shiarisorrego4@gmail.com</u>	

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		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018	

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		ENFERMERIA	05	2024	1001032754

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

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
INGLÉS		X				X			X

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 LA MARIA - MEDELLIN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA										
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 44447192			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
			Día	06	Mes	05	Año	2026	Día		Mes		Año					
CARGO O CONTRATO ACTUAL EMFERMERA JEFE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CALLE 92E E 67 61 CASTILLA, MEDELLIN									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																		
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA -CONCEPCION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA										
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO CONCEPCIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 6045012451			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
			Día	01	Mes	12	Año	2025	Día	30	Mes	04	Año	2026				
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ENFERMERA JEFE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 19 null null 19 83									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA -CONCEPCION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO CONCEPCIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6045012451			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	07	Año	2025	Día	30	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ENFERMERA JEFE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 19 null null 19 83						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA -CONCEPCION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO CONCEPCIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6045012451			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	22	Mes	01	Año	2025	Día	08	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ENFERMERA JEFE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 19 null null 19 83						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JOSE MARIA CORDOBA -CONCEPCION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO CONCEPCIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6045012451			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	08	Año	2024	Día	20	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ENFERMERA JEFE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 19 null null 19 83						

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 ÚNICO

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	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
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 _____

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