



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Gonzalez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Caballero		NOMBRES Astrid Carolina	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1043851034		SEXO 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 FECHA DIA 16 MES 01 AÑO 1999		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 2A NUMERO 41C -33			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA			
MUNICIPIO CAMPO DE LA CRUZ		TELÉFONO 3246105		EMAIL astridgonzales340@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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2016

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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO (EN LA MODALIDAD ESCRITA)

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

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

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

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 HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLGIA			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGICA						DIRECCIÓN CALLE 8 5 38			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	16	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA APOYO EN ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CALLE 8 5 38			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CARRERA 6F 52 33			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			PÚBLICA X			PRIVADA			PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	05	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA						DIRECCIÓN CARRERA 6F 52 33			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE IMPLANTOLOGIA ORAL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3008188337			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	11	Mes	03	Año	2018	Día	11	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 70B 39 105 Local 103						

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	3	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
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).

Astrid Gomez

Ciudad y fecha de diligenciamiento 18/febrero/2025 soledad

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