Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
HIGUITA	PEREZ	MARTHA YULIET

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. X C.E. PAS No. 1.028.006.967	F X M	COL. X EXTRANJERO	

LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE	NÚMERO	D. M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*	
FECHA DÍA 6 MES 03 AÑO 1 9 9 2		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPT ANTIOQUIA
DEPTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO FRONTINO	
MUNICIPIO MUTATA	TELÉFONO 3135647385	EMAIL myulieth1992@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	BACHILLER ACADEMICO						
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO							
1º	2º	3º	4º	5º X	6º	7º	8º	9º	10º	11º X	MES	0	6	AÑO	2	0	1	1

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA 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*				
TC	3	X		AUXILIAR EN SALUD ORAL	0	6	2	0	1	3	

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
	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 OENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA OENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL MARIA ANTONIA TORO DE HELEJALDE	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
ANTIOQUIA	FRONTINO	esehospital@hospitalfrontino.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
8595050 EXT 230	DÍA 17 MES 02 AÑO 2025	DÍA 16 MES 05 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR EN SALUD ORAL	ODONTOLOGIA	CARRERA 27 N 31-38 BARRIO JUAN XXIII	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA OENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL MARIA ANTONIA TORO DE HELEJALDE	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
ANTIOQUIA	FRONTINO	esehospital@hospitalfrontino.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
8595050 EXT 230	DÍA 21 MES 07 AÑO 2025	DÍA 20 MES 10 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR EN SALUD ORAL	ODONTOLOGIA	CARRERA 27 N 31-38 BARRIO JUAN XXIII	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA OENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL MARIA ANTONIA TORO DE HELEJALDE	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD	
ANTIOQUIA	FRONTINO	esehospital@hospitalfrontino.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
8595050 EXT 230	DÍA 10 MES 11 AÑO 2025	DÍA 12 MES 12 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR EN SALUD ORAL	ODONTOLOGIA	esehospital@hospitalfrontino.gov.co	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4. 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	7	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	8

5. 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 CARGO 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).

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