FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Avila	Ramos	Heidy Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1030632339	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 10 AÑO 1993	AVENIDA 1 1 8 CIRCUNVALAR DEL HACHA, PORTAL DEL MIRADOR			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CAQUETÁ
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	FLORENCIA		
MUNICIPIO	CACHIPAY	TELÉFONO	3057223845	EMAIL	milenaa_117@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	12	AÑO	2010
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

C (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	
POSTGRADO	1		X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE CALIDAD EN SALUD			
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	11	2022	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2019	1030632339

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
instituto nacional de salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Curso Virtual de Vigilancia en Salud Pública	08	2026
instituto nacional de salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Sistema de Información y operación estadística vigilancia de eventos de interés en salud pública	08	2026
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION POCT	02	2026
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	42	X		FORMAQCION CONTINUA EN LA PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	02	2026
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		FORMACION CONTINUA EN ATENCION PREHOSPITALARIA BASICO APH	02	2026
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		FORMACION CONTINUA EN LA ATENCION A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	02	2026
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		FORMACION CONTINUA EN LA CLASIFICACION TRIAGE	02	2026
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS	11	2025
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	42	X		FORMACION CONTINUA EN PRIMEROS AUXILIOS BASICOS Y AVANZADOS	10	2025
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		EMERGENCIAS OBSTETRICAS EDICION 2023	04	2025

FORMATO ÚNICO

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
FUNDACION BANCA DE INFORMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		FORMACION CONTINUA EN LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	03	2025
FUNDACION BANCA DE INFROMACION & SERVICIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		FORMACION CONTINUA PARA LA GESTION DEL DUELO	03	2025
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	04	2024

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
ESPAÑOL			X			X			X
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 EVALUAR IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 313214727	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ES SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* CONSULTA SALUD OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 15 32					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* LA MONTAÑITA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE CLINICA Y SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 - 6 62					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FABIO JARAMILLO LONDOÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* VALPARAÍSO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4345673	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 9B 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* LA MONTAÑITA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIAS	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 6 6 62 BARRIO EL CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4366464	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIA Y CONSULTA EXT	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 20 7 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAGDALENA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3853900	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	11	*Año*	2020	*Día*	03	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO HOSPITALARIO	*DEPENDENCIA* CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES						*DIRECCIÓN* CALLE 39 14 34					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MARIA INMACULADA -FLORENCIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4366464	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO					*DIRECCIÓN*					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
..NSTITUCIÓN 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	6	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Florencia 9-9-2026.

Milena Ayala

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.

Florencia 9-9-2026.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS