FORMATO COMPLETO

# 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 |
|---|---|---|
| Vasquez | Barros | Eliana Margarita |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 57297425 | F ⊗ M ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 27 MES 10 AÑO 1983 | manzana 51 casa 6 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | TELÉFONO | | EMAIL | elianavasquezbarros16@hotmail. |

## 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° X | MES | 12 | AÑO | 2000 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 12 | 2012 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION MES | TERMINACION AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| MIXTA | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | SOPORTE VITAL AVANZADO | 12 | 2022 |
| MIXTA | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO | 11 | 2022 |
| MIXTA | CENTRO DE ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION PEDRO NEL HURTADO | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | ATENCION A PESONAS VICTIMAS DE ATAQUE QUIMICO | 06 | 2021 |
| MIXTA | EL CENTRO DE | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y | ATENCION INTENGRAL PARA LA | 02 | 2021 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| *MEDIO DE CAPACITACIÓN* | *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *CURSO* | *TERMINACION* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *MES* | *AÑO* |
| | ENTRENAMIENTO PEDRO NEI HURTADO | | | | |
| MIXTA | GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | ATENCION EN SALUD VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO | 11 | 2020 |

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 | | |

## 3 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* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4365007 | *Día* | 17 | *Mes* | 02 | *Año* | 2021 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| ENFERMERA L5 | ENFERMERIA - ASISTENCIAL | - Cra. 14 #23-42 |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CLINICA LA MILAGORSA | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4351847 | *Día* | 15 | *Mes* | 03 | *Año* | 2018 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2020 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| ACTIVIDADES DE ENFERMERIA | ASISTENCIAL ENFERMERIA | - Cl. 22 #13A - 09 |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CLINICA BAHIA | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4357412 | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2013 | *Día* | 17 | *Mes* | 08 | *Año* | 2018 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| ACTIVIDADES DE ENFERMERIA | ATENCION EN ENFERMERIA | - Cl. 15 #18-142 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | | | | |

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

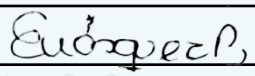
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 5 | 9 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 7 | 7 |

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SINO 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 CONLA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SONVERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* SANTA MARTA 03/AGOSTO/2024



Escaneado con CamScanner

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*