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
MARTINEZ	RAMIREZ	JULIANA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1089747166	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 08 AÑO 1994	CALLE 13B 6 24 Barrio Buenos Aires			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	RISARALDA
DEPTO	RISARALDA	MUNICIPIO	MARSELLA		
MUNICIPIO	MARSELLA	TELÉFONO	3147582805	EMAIL	julimartinez_94@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° (X)	MES	12	AÑO	2011

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		ENFERMERIA	01	2024	1089747166
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENEFEMERIA	08	2013	

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*
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	7	X		Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud	12	2025
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Enfermedades Prevenibles por Vacunación	12	2025
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	7	X		Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Gerencia del PAI	12	2025
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	7	X		Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Vigilancia y sistemas de información	12	2025
Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	4	X		Profilaxis oral previa a la exposición (PREP) al VIH	01	2025
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		CURSO EN INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	11	2024
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		CURSO SOBRE BROTE DE SARAMPION EN LA ERA DE POSELIMINACION: ESTUDIO DE CASO	09	2024
SECRETARIA DE SALUD DE RISARALDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO DEL PAI	09	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	100	X		Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidado Intensivos UCI Neonatal	05	2024
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	05	2024

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*
Sena	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Administrar inmunobiologicos según delegación y normativa de salud-nivel avanzado	11	2023
American Heart Association	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Soporte vital cardiovascular avanzado	10	2023
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	140	X		DIPLOMADO EN ATENCION AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO	07	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional	08	2022
FUNDACION NUESTRA SEÑORA LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos	03	2022
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO VIRTUAL EN CONTROL INTEGRAL DEL CANCER CERVICOUTERINO	09	2021
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		CURSO DE ANTICONCEPCION INMEDIATA POST EVENTO OBSTETRICO (AIPEO)	08	2021
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	14	X		ACTUALIZACION EN PLANIFICACION FAMILIAR PARA ATENCION PRIMARIA EN SALUD	08	2021
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		CURSO DE CAPACITACION EN TRIAGE	02	2020
POLITECNICO MAYOR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN MANEJO A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL	10	2017
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	09	2017

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*

5 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - CAMPAMENTO	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALCALDIA DE MARSELLA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALCALDIA DE MARSELLA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALCALDIA DE MARSELLA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - CAMPAMENTO							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ALCALDIA DE MARSELLA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ALCALDIA DE MARSELLA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ALCALDIA DE MARSELLA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

6 **EXPERIENCIA LABORAL**

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MARSELLA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* MARSELLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3207673679	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	06	*Mes*	09	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 9 9 12 PARQUE PRINCIPAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MARSELLA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* MARSELLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3169642386	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 9 9 12 PARQUE PRINCIPAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MARSELLA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* MARSELLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3169642386	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 9 9 12 PARQUE PRINCIPAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - CAMPAMENTO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7466262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	05	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION ADULTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 CALLE 9						

7 **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)

8 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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

9 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 Marsella- 16/09/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

10 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.

Marsella, 16 de septiembre de 2026

Ciudad y fecha

Deisy Juliana Muñoz

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS