FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DECASADA)	NOMBRES
Hernandez	Cervantes	Maria Cristal

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57293600	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 11 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 42 22 A 22 casa santa fe

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4223606 EMAIL cristal_606@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		FECHADE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	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		NOMBRE DELOSESTUDIOSO TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DETARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	0	X			07	2005	

3 EDUCACIÓNPARAEL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARAEL 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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUELOS 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 VIGENTE												
EMPRESAO ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 43462621	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APOYO A LAGESTION	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA ONCOLOGICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESAO ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	11	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APOYO A LAGESTION	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESAO ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APOYO A LAGESTION	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 alcazares						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESAO ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APOYO A LA GESTION	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESAO ENTIDAD HOSPITAL SANTATERESA DE JESUS DE AVILA			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	*MUNICIPIO* DIBULLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contacto@esehospitalsantateresadibulla.gov.co					
TELÉFONOS 313 786604	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* *CENTRO DESALUD MINGEUO*					*DIRECCIÓN* CALLE 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESAO ENTIDAD HOSPITAL SANTATERESA DE JESUS DE AVILA			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	*MUNICIPIO* DIBULLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contacto@esehospitalsantateresadibulla.gov.co					
TELÉFONOS 313 786604	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* *CENTRODESALUD*					*DIRECCIÓN* CALLE 4					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESAO ENTIDAD HOSPITAL SANTATERESA DE JESUS DE AVILA			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	*MUNICIPIO* DIBULLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contacto@esehospitalsantateresadibulla.gov.co					
TELÉFONOS 313 786604	*FECHADE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2019	*Día*	01	*Mes*		*Año*	

6 **EXPERIENCIALABORAL DOCENTE**

EMPLEO DE INGRESO											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA HOSPITAL SANTATERESA DE JESUS DE AVILA			*PÚBLICA* *X*	*PRIVADA*	*PAÍS* *COLOMBIA*						
DEPARTAMENTO *LAGUAJIRA*	*MUNICIPIO* *DIBULLA*					*CORREO ELECTRÓNICO* contacto@esehospitalsantateresadibulla.gov.co					
TELÉFONOS 313 786604	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	09	*Mes:*	12	*Año:* 2019	*Día:*	31	*Mes:*	12	*Año:*	2019

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y443 de 1998)

7 TIEMPOTOTAL 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	2	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMADEL 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 SERVCI IOS 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).

Ciudady fecha de diligenciamiento

Santa marta 09 sep 2026

FIRMADEL 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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS