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
Cadena	Celis	Paola Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121839956	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 03 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 26 11B 10 Popular

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO EMAIL paocade88@gmail.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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2004

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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

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		AUXILIAR DE FARMACIA Y DORGUERIA	09	2006

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
CENACAP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		TECNICO LABORAL EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	08	2015

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 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: DISCOLMEDICA S A S			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3188041481	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 28		Mes: 08		Año: 2023		Día: 18		Mes: 11		Año: 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	DEPENDENCIA: AREA ATENCION AL USUARIO - FARMACIA						DIRECCIÓN: CARRERA 40 34 33					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS - ACTISAS			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3227387673	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 23		Mes: 11		Año: 2022		Día: 25		Mes: 02		Año: 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX DE FARMACIA	DEPENDENCIA: AUXILIAR DE FARMACIA						DIRECCIÓN: CARRERA 74B 52A 69 Bogotá					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLSUBSIDIO NUEVA EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7447575	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* VENTAS Y DISPENSACION					*DIRECCIÓN* AVENIDA null 25 50 Avenida el Dorado						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AUDIFARMA S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 105 14 140 Pereira						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DROSERVICIO LTDA. (CONTRATO CON TEMPORAL TALENTUM S.A.S.)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2010795	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 31A 4 16 Bogotá						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CRUZ VERDE - FARMASANITAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4924860	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA Y DROGUERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 38 33B 93						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERTEMPO - ETICOS SERRANO GOMEZ			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6630132	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA DE FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 36 34 46						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DROSERVICIO LTDA. - SERVICIOS Y ASESORIAS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	02	*Año* 2010	*Día*	09	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA FARMACIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 46 23 Bogotá					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA META S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106951574	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año* 2008	*Día*	21	*Mes*	04	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FARMACIA	*DEPENDENCIA* AREA FARMACIA					*DIRECCIÓN* CALLE 33 36 114 Barzal					

6 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*					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	0
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 __ 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 Ville 25/sep/2026

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS