FORMATO COMPLETO

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
TAPIA	TORRES	YULITZA ELOISA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 45583122	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 25 MES 04 AÑO 1978	CALLE 27 40 92 casa Pueblo Nuevo			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOLÍVAR
DEPTO	BOLÍVAR	MUNICIPIO	EL CARMEN DE BOLÍVAR		
MUNICIPIO	EL CARMEN DE BOLÍVAR	TELÉFONO	3135367719	EMAIL	yulitt1980@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1995

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	8	X		ENFERMERIA PROFESIONAL	07	2000	07062 DE MARZO 2003

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

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
SECRETARIA DE SALAUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		SOCIALIZACION Y ACTUALIZACION DE LAS NORMAS Y LINEAMIENTOS DE LOS COMPONENTES DEL PAI	11	2022
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		TALLER DE ENTRENAMIENTO EN PRUEBAS RAPIDAS PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B Y C	11	2022
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL EL CARMEN DE BOLIVAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO DE CAPACITACION HERRAMIENTA CLINICA PARA EL ABORDAJE INICIAL DE LAS CONDICIONES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA AIEPI	11	2022
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Competencia laboral en la Norma Administrar medicamentos via intramuscular de acuerdo con la prescripcion medica y normativa de salud -NIVEL AVANZADO	06	2022
GRUPO ACTIVOS SAS-ESTRATEGIA COVIDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		SALUD MENTAL Y MANEJO DE CRISIS PARA TRABAJADORES DE LA SALUD	05	2021
GRUPO ACTIVOS SAS-ESTRATEGIA COVIDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		INDUCCION GENERAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	05	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		BIOSEGURIDAD	05	2021
EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		SOPORTE VITAL BASICO	04	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	03	2021
SECRETARIA DE SALUD DE EL CARMEN DE BOLIVAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		Actualizacion de la estrategia instituciones Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque integral (IAMII)	12	2020

FORMATO COMPLETO

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
POLOTECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	02	2020
MSD Colombia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		"Sesion Teorico-practica de Entrenamiento en la Tecnica de Insercion y Retiro del Implante Anticonceptivo Implanon NXT	12	2017
UNIRSIDAD DEL SINU	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	96	X		DIPLOMADO EN SALUD PUBLICA	07	2010

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 CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI -CARMEN DE BOLIVAR		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	MUNICIPIO EL CARMEN DE BOLÍVAR						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3135367719	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	05	Mes	01	Año	2026	Día	30	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA PROGRAMA	DEPENDENCIA ADMINISTRACION - ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CALLE 28 CARRERA 39 ESQUINA BARRIO LOS MANGOS					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI -CARMEN DE BOLIVAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 28 CARRERA 39 ESQUINA BARRIO LOS MANGOS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI -CARMEN DE BOLIVAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3046698790	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 28 CARRERA 39 ESQUINA BARRIO LOS MANGOS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS S.A. - PATRIMONIOS AUTONOMOS FUDIAGRARIA SA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL RASTREADOR	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 70 - 9 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD GIOVANI CRISTINI -CARMEN DE BOLIVAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 28 BARRIO LOS MANGOS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SER			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0356860487	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	12	*Año*	2020	*Día*	19	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* TODAS LAS AREAS ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* Calle 28 carrera 39 esquina barrio Los Mangos					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI IPS EL CARMEN DE BOLIVAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* EL CARMEN DE BOLÍVAR					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2001	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA P Y P	*DEPENDENCIA* MEDICA					*DIRECCIÓN* CALLE 24 CENTRO					

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	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	20	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

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

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