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*
Padilla	Agamez	Monica Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39049806	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES 03 AÑO 1976

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 9 null null KRA 22*8C -106 JUAN XXIII

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3015757099 EMAIL monicapadilla047@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°	1X1°	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	3	X		AUXILIAR ENFERMERIA	07	2015	

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)

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*
ACCES	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	02	2023
ACESS	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		RCP BASICO	02	2023
ACESS	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		RCP AVANZADO	02	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO DE ABORDAJE EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	02	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CALCULO ,DILUCION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO	02	2023
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO	02	2023

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 GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE LABORATORIOS	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE LABORATORIO				*DIRECCIÓN* CARRERA 22 BIS 17 31							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	19	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUIXILIAR DE LABORATORIO	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE LABORATORIO				*DIRECCIÓN* CARRERA 22 BIS 17 31							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	20	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	20	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	29	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	01	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	10	*Año* 2020	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	28	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3015757099	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	31	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	29	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 BIS 25 67 avenida libertador						

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	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	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__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 14/07/2026



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