Libertad y Orden

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
FERNANDEZ	DE LA ROSA	SOFIA ESTHER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C C (X) C E ( ) PAS ( ) No 1140840381

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1,1 MES 0,4 AÑO 1,9,9,1

PAIS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIENAGA

DIPECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 #15-37 APTO 201

PAIS COLOMBIA MUNIC MAGDALENA

MUNICIPIO CIENAGA

EMAIL fdezsof@hotmail com

CELULAR 3104713215

2 FORMACION ACADÉMICA

EDUCACION BASICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	11	MES 1,2 AÑO 2,0,0,7
										X	

EDUCACION SUPERIOP (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA

TC (TECNICA), TL (TECNOLOGICA) TE (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTEP) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No DE TARJETA PROFESIONAL
UN	14	X		MEDICO	12	2015	
ES	6	X		ANESTESIOLOGO Y REANIMADOR	07	2025	1939

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA LEE ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION POLICLINICA CIENAGA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	CIENAGA	recursoshumanos@policlinicacienaga com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4240485	DÍA 01 MES 07 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MEDICO	UCI ADULTOS	CALLE 8 #12-26

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION POLICLINICA CIENAGA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
MAGDALENA	CIENAGA	recursoshumanos@policlinicacienaga com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4240485	DÍA 01 MES 04 AÑO 2022	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995 489 y 443 de 1998)

4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECTOR PUBLICO		
SECTOR PRIVADO	5	
TRABAJOR INDEPENDIENTE		2
TIEMPO LABORADO	5	2

5. FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES (ARTICULO 5o DE LA LEY 190/95)

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6. OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS