



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

**1 DATOS PERSONALES**

|                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Nargas</u>                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Hernandez</u>                 | NOMBRES<br><u>Yaneth</u>                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>52291746</u> | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br><u>Colombia</u> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                            |                                                                    |                                                                                                                |

**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: |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|----------------|------------------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA | FECHA DE GRADO |                  |  |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10    | MES            | AÑO              |  |
|                  |     |     |     |     |            |     |     |     | X     | 12             | 2001             |  |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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 UNALEY).

| MODALIDAD<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|------|-------------------------------|
|                        |                            | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO  |                               |
| Técnico                | 4                          | X        |    | Auxiliar de enfermería                      | 12          | 2001 | 52291746                      |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |      |                               |

ESPECIFIQUE 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                                                                 |                                                |                                                                |                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                      |                                                                 |                                                |                                                                |                         |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Hospital Militar Central</b>                                                                  |                                                                 | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA<br><input type="checkbox"/>                            | PAÍS<br><b>Colombia</b> |  |
| DEPARTAMENTO<br><b>Cundinamarca</b>                                                                                   | MUNICIPIO<br><b>Bogotá D.C.</b>                                 |                                                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                     |                         |  |
| TELÉFONOS<br><b>3486868</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>01</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2021</b> |                                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>  </b> MES <b>  </b> AÑO <b>  </b>   |                         |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br><b>Auxiliar de enfermería</b>                                                              | DEPENDENCIA<br><b>Central de Esterilización</b>                 |                                                | DIRECCIÓN<br><b>TV 3A #49-00</b>                               |                         |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                 |                                                |                                                                |                         |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Hospital Militar Central</b>                                                                  |                                                                 | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA<br><input type="checkbox"/>                            | PAÍS<br><b>Colombia</b> |  |
| DEPARTAMENTO<br><b>Cundinamarca</b>                                                                                   | MUNICIPIO<br><b>Bogotá D.C.</b>                                 |                                                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                     |                         |  |
| TELÉFONOS<br><b>3486868</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>01</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2020</b> |                                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>31</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2021</b> |                         |  |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Auxiliar de Enfermería</b>                                                                     | DEPENDENCIA<br><b>Central de Esterilización</b>                 |                                                | DIRECCIÓN<br><b>TV 3A # 49</b>                                 |                         |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                 |                                                |                                                                |                         |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Hospital Militar Central</b>                                                                  |                                                                 | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA<br><input type="checkbox"/>                            | PAÍS<br><b>Colombia</b> |  |
| DEPARTAMENTO<br><b>Cundinamarca</b>                                                                                   | MUNICIPIO<br><b>Bogotá D.C.</b>                                 |                                                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                     |                         |  |
| TELÉFONOS<br><b>3486868</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>01</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2019</b> |                                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>30</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2020</b> |                         |  |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Auxiliar de enfermería</b>                                                                     | DEPENDENCIA<br><b>Central de Esterilización</b>                 |                                                | DIRECCIÓN<br><b>TV 3A # 49 - 00</b>                            |                         |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                 |                                                |                                                                |                         |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Hospital Militar Central</b>                                                                  |                                                                 | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA<br><input type="checkbox"/>                            | PAÍS<br><b>Colombia</b> |  |
| DEPARTAMENTO<br><b>Cundinamarca</b>                                                                                   | MUNICIPIO<br><b>Bogotá D.C.</b>                                 |                                                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                     |                         |  |
| TELÉFONOS<br><b>3486868</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>20</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2019</b> |                                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>30</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2021</b> |                         |  |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Auxiliar de Enfermería</b>                                                                     | DEPENDENCIA<br><b>Central de Esterilización</b>                 |                                                | DIRECCIÓN<br><b>TV 3A # 49 - 00</b>                            |                         |  |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMANUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**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 NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN              | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|------------------------|-----------------------|-------|
|                        | AÑOS                  | MESES |
| Auxiliar de Enfermería | 6                     | 3     |
| Auxiliar de Enfermería | 2                     | 6     |
| Auxiliar de Enfermería | 1                     | 2     |
|                        | 9                     | 11    |

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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).

**6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 080000917770 PÁGINA WEB: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)