



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<br><b>LOPEZ</b>                                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><b>BONILLA</b>        | NOMBRES<br><b>RUTH CATALINA</b>                                                                                |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>53073903</b>              | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>PAÍS<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> <b>Colombia</b> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                         |                                                         |                                                                                                                |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <b>10</b> MES <b>07</b> AÑO <b>1984</b><br>PAÍS <b>Colombia</b><br>DEPTO. <b>Boyaca</b><br>MUNICIPIO <b>Soata</b> |                                                         |                                                                                                                |

## 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: <b>Bachiller Comercial</b> |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|----------------|---------------------------------------------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA | FECHA DE GRADO |                                             |  |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10    | X              | MES <b>12</b> AÑO <b>2001</b>               |  |

### 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 UNA LEY).

| 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         |                               |
| <b>ES</b>              | <b>2</b>                   | <b>X</b> |    | <b>Especialista Gerencia y auditoria de la calidad en salud</b> | <b>04</b>   | <b>2021</b> |                               |
| <b>UN</b>              | <b>8</b>                   | <b>X</b> |    | <b>ENFERMERA</b>                                                | <b>12</b>   | <b>2007</b> |                               |
|                        |                            |          |    |                                                                 |             |             |                               |
|                        |                            |          |    |                                                                 |             |             |                               |
|                        |                            |          |    |                                                                 |             |             |                               |

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 |
| <b>Inglés</b> | <b>X</b> |   |    | <b>X</b> |   |    | <b>X</b>   |   |    |
|               |          |   |    |          |   |    |            |   |    |

# 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><b>X</b>                                             | PRIVADA                                                                | PAÍS<br><b>Colombia</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>Bogotá</b>                                                                                         | MUNICIPIO<br><b>Bogotá</b>                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                             |                         |
| TELÉFONOS<br><b>3486868</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>06</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2021</b> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b> </b> MES <b> </b> AÑO <b> </b>              |                         |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br><b>Enfermera</b>                                                                           | DEPENDENCIA<br><b>Enfermería</b>                                | DIRECCIÓN<br><b>Trav 3 # 49-02</b>                                     |                         |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                 |                                                                        |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Laboratorio Clinico Colcan</b>                                                                | PÚBLICA                                                         | PRIVADA<br><b>X</b>                                                    | PAÍS<br><b>Colombia</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>Bogotá</b>                                                                                         | MUNICIPIO<br><b>Bogotá</b>                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br><b>info@laboratorioColcan.com</b>        |                         |
| TELÉFONOS<br><b>7437777</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>12</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2018</b> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b> </b> MES <b> </b> AÑO <b> </b>              |                         |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Coordinadora Servicio IDX</b>                                                                  | DEPENDENCIA<br><b>Imagenes Diagnosticas</b>                     | DIRECCIÓN<br><b>Cil 49 # 13-66</b>                                     |                         |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                 |                                                                        |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Clinica Palermo</b>                                                                           | PÚBLICA                                                         | PRIVADA<br><b>X</b>                                                    | PAÍS<br><b>Colombia</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>Bogotá</b>                                                                                         | MUNICIPIO<br><b>Bogotá</b>                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br><b>clinicaPalermo@clinicaPalermo.com</b> |                         |
| TELÉFONOS<br><b>5727777</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>15</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2010</b> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>02</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2015</b>         |                         |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Enfermera</b>                                                                                  | DEPENDENCIA<br><b>Enfermería</b>                                | DIRECCIÓN<br><b>Trav. 16 # 46-2 a.</b>                                 |                         |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                 |                                                                        |                         |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><b>Hospital Fontibon</b>                                                                         | PÚBLICA<br><b>X</b>                                             | PRIVADA                                                                | PAÍS<br><b>Colombia</b> |
| DEPARTAMENTO<br><b>Bogotá</b>                                                                                         | MUNICIPIO<br><b>Bogotá</b>                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                             |                         |
| TELÉFONOS<br><b>4860033</b>                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <b>08</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2009</b> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <b>13</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2009</b>         |                         |
| CARGO O CONTRATO<br><b>Enfermera</b>                                                                                  | DEPENDENCIA<br><b>Enfermería</b>                                | DIRECCIÓN<br><b>Cil 99 # 161-14.</b>                                   |                         |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE 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    |
| SERVIDOR PÚBLICO                | 2                     |          |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 11                    | 7        |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        |                       |          |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>13</b>             | <b>7</b> |

**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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**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.

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS