

	<b>FORMATO ÚNICO</b> <b>HOJA DE VIDA</b> Persona Natural (Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)	ENTIDAD RECEPTORA <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>HRM</b> </div>
---	--	--

**1 DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <b>SARRAZOLA</b>	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA <b>GUERRERO</b>	NOMBRES <b>BLANCA NIEVES</b>

**2 FORMACIÓN ACADÉMICA**

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
 MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

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

**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 MAGÍSTER)      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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		NO. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2001	2599

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 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
LABORAMOS SAS	BOYACA	MONIQUIRA	certificaciones@laboramos.net		COLOMBIA
3102137526	DÍA 1 MES 0 1 AÑO 2023		DÍA 30 MES 0 6 AÑO 2023		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITALIZACION		CALLE 4a N° 9-101, RICAURTE, MONIQUIRA		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
LABORAMOS SAS	BOYACA	MONIQUIRA	certificaciones@laboramos.net		COLOMBIA
3102137526	DÍA 1 MES 0 1 AÑO 2022		DÍA 31 MES 12 AÑO 2022		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA		CALLE 4a N° 9-101, RICAURTE, MONIQUIRA		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
LABORAMOS SAS	BOYACA	MONIQUIRA	certificaciones@laboramos.net		COLOMBIA
3102137526	DÍA 1 MES 0 1 AÑO 2021		DÍA 31 MES 12 AÑO 2021		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA		CALLE 4a N° 9-101, RICAURTE, MONIQUIRA		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
LABORAMOS SAS	BOYACA	MONIQUIRA	certificaciones@laboramos.net		COLOMBIA
3102137526	DÍA 1 MES 0 1 AÑO 2020		DÍA 31 MES 1 2 AÑO 2020		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA		CALLE 4a N° 9-101, RICAURTE, MONIQUIRA		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
LABORAMOS SAS	BOYACA	MONIQUIRA	certificaciones@laboramos.net		COLOMBIA
3153171511	DÍA 12 MES 0 4 AÑO 2019		DÍA 31 MES 12 AÑO 2019		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA		CALLE 4a N° 9-101, RICAURTE, MONIQUIRA		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA MES	DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN	
DEPENDENCIA					
ESIMED	BOYACA	TUNJA			COLOMBIA
3105684698	DÍA 1 MES 0 1 2003		DÍA 31 MES 12 AÑO 2018		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MEDICINA INTERNA		AV. UNIVERSITARIA N° 51-60		

**FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
Persona Natural**  
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

**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 <b>LABORAMOS SAS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BOYACA</b>	MUNICIPIO <b>MONQUIRA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>certificaciones@laboramos.net</b>	
TELÉFONOS <b>3153171511</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>1</b> MES <b>0</b> AÑO <b>2016</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2016</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	DEPENDENCIA <b>ENFERMERIA</b>	DIRECCIÓN <b>CALLE 4a N° 9-101, RICAURTE, MONQUIRA</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>CORPORACION IPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BOYACA</b>	MUNICIPIO <b>MONQUIRA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>2879626</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>10</b> MES <b>1</b> AÑO <b>2014</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>9</b> MES <b>6</b> AÑO <b>2016</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	DEPENDENCIA <b>ENFERMERIA</b>	DIRECCIÓN <b>CRA 13 N° 37-37 BOGOTA</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>HUMANOS SAS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BOYACA</b>	MUNICIPIO <b>MONQUIRA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>humanos.boyaca@hotmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3014534012</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>1</b> MES <b>0</b> AÑO <b>2014</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>5</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2014</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	DEPENDENCIA <b>ENFERMERIA</b>	DIRECCIÓN <b>CRA 14N° 71-23 BOGOTA</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>ALTA EFECTIVIDAD</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BOYACA</b>	MUNICIPIO <b>MONQUIRA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>afenpeltda@hotmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>321 3643118</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>1</b> MES <b>0</b> AÑO <b>2012</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>31</b> MES <b>1</b> AÑO <b>2013</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	DEPENDENCIA <b>ENFERMERIA</b>	DIRECCIÓN <b>CRA 7 N° 17-01 BOGOTA</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>ACCION SOLIDARIA CTA</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BOYACA</b>	MUNICIPIO <b>MONQUIRA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>3105219301</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>21</b> MES <b>0</b> AÑO <b>2010</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>31</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2011</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	DEPENDENCIA <b>ENFERMERIA</b>	DIRECCIÓN <b>CALLE 26a N 11-17 PISO 2</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>CTA SAN JOSE</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BOYACA</b>	MUNICIPIO <b>MONQUIRA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>romelabaunza@hotmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3112123663</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>1</b> MES <b>0</b> AÑO <b>2010</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>21</b> MES <b>0</b> AÑO <b>2010</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	DEPENDENCIA <b>ENFERMERIA</b>	DIRECCIÓN <b>CRA 11 N° 21-37 OF 306 TUNJA</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA    MES    AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA    MES    AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>19</b>	

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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, (ARTICULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento : Moniquirá, 30 de junio de 2023

 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

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