



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PARADA	NOMBRES DEISON
MUNICIPIO		

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: BACHILLER TECNICO		
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	AÑO
											11	2018

EDUCACION 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	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	03	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	10	2022	

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
INGLES	X			X			X		

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 PÚBLICA PRIVADA PAÍS

DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS

CARGO O CONTRATO ACTUAL DEPENDENCIA DIRECCIÓN

FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA PRIVADA PAÍS

LABORAMOS S.A.S X COLOMBIA

DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

BOYACA MONQUIRA CONTRATAACION@LABORAMOS.NET

TELÉFONOS FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO

098 7436997 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO DEPENDENCIA DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA PRIVADA PAÍS

COMFIMED S.A.S X COLOMBIA

DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

SANTANDER BUCARAMANGA GERENCIA@COMFIMEDS

TELÉFONOS FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO

3015316614 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO DEPENDENCIA DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD PÚBLICA PRIVADA PAÍS

DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS

CARGO O CONTRATO DEPENDENCIA DIRECCIÓN

FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

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)

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		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES AÑO
	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS	
LABORAMOS S.A.S			X	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
BOYACA	MONIQUIRÁ		contratación@laboramos.net		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
(608) 7436997	DÍA	1 MES	0 1 AÑO	2023	DÍA 30 MES 0 6 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA		Calle 4a # 9 - 101		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS	
LABORAMOS S.A.S			X	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
BOYACA	MONIQUIRÁ		contratación@laboramos.net		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
(608) 7436997	DÍA	1 MES	0 1 AÑO	2022	DÍA 30 MES 1 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA		Calle 4a # 9 - 101		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS	
BOYACA			X	COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
BOYACA	MONIQUIRÁ		contratación@laboramos.net		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
(608) 7436997	DÍA	1 MES	0 1 AÑO	2022	DÍA 30 MES 1 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA		Calle 4a # 9 - 101		

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

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	1	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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 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 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