

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		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
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		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
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		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
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		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

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)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO VELEZ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 097-6959990	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	
CARGO O CONTRATO AUX. ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ	DIRECCIÓN CALLE 11 No. 5-114		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD LABORAMOS		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO VELEZ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 312-5128574	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="13"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>	
CARGO O CONTRATO AUX. ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ	DIRECCIÓN CALLE 11 No. 5-114		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO VELEZ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 097-6959990	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO AUX. ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ	DIRECCIÓN CALLE 11 N 5-114		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD JAHSALUD IPS		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO VELEZ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 097-6453174	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>	
CARGO O CONTRATO AUX. ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ	DIRECCIÓN CALLE 11 N 5-114		

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 PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	0

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 Maniquib, 28 junio 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

[Empty box for observations]

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 _____