



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Daza</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Giraldo</u>	NOMBRES <u>Caroling</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1.023.884.270</u>		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>12</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1989</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cll 48 Psur # 5F 18 man 2 int 9</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>5671184</u> EMAIL <u>carolinadgiraldo@hotmail.com</u>

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: <u>Bachiller Academico</u>
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO <u>Diciembre 12005</u>
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES <u>12</u> AÑO <u>2005</u>
									☒	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTRO 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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	8	X		Enfermería	03	2010	25771
Es	3	X		Especialista en gerencia en Instituciones de Salud	01	2015	

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 Subred integrada de servicios de salud Subred sur occidente		PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subred suroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 7 560505 Ext 1211	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Espacio Vivienda Salud Pública	DIRECCIÓN Cll 9 # 39-46			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD Sub red integrada de servicios de salud subred Suroccidente		PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subred suroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 7560505 Ext 1211	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 09 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 03 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Programas Y AISP	DIRECCIÓN Cll 9 # 39-46			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD Sub red integrada de servicios de salud subred Suroccidente		PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subred suroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 7560505 / 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 03 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 08 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO Profesional de Apoyo	DEPENDENCIA Espacio Vivienda Salud Pública	DIRECCIÓN cra 78A bis 69670			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD Sub red integrada de servicios de salud subred Suroccidente		PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subred suroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 7560505 / 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 04 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 03 AÑO 2014		
CARGO O CONTRATO Enfermera consulta	DEPENDENCIA Consulta Externa	DIRECCIÓN cr 78A bis 69670			

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 409 y 443 de 1990)

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	8

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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56 DE LA LEY 190/95).



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS