



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>Santacruz                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADÁ)<br>Ibarra                                                                                             | NOMBRES<br>Anyela Lorena                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> N.º. 59677965 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                   | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                              | NÚMERO                                                                                                                               | D.M.                                                                                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 28 MES 05 AÑO 1980<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO NARIÑO<br>MUNICIPIO SAN ANDRÉS DE TUMACO          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 10 8 18<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA<br>MUNICIPIO YAGUARÁ<br>TELÉFONO EMAIL anyl2805@gmail.com |                                                                                       |

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 |    | BÁSICA SECUNDARIA |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |    |                   |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES             | 07 | AÑO               | 1996 |

#### 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 ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |                                          | MES         | AÑO  |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | MEDICINA                                 | 05          | 2019 | 59677965                   |

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 O CONTRATO ANTERIOR                                          |  |  |                                                |              |     |         |     |                                                                    |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL ROSARIO |  |  |                                                | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>CAMPOALEGRE                       |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8383567                                                |  |  | FECHA DE INGRESO                               |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                                     |  |  | Día                                            | 14           | Mes | 07      | Año | 2023                                                               | Día | 13 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL            |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO ASISTENCIAL              |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 32 50                                       |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                          |  |  |                                                |              |     |         |     |                                                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA               |  |  |                                                | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>YAGUARÁ                           |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3133664973                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                               |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                                     |  |  | Día                                            | 21           | Mes | 09      | Año | 2021                                                               | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                           |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PYP |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 8 7 29 BARRIO LOS SAMANES                     |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                          |  |  |                                                |              |     |         |     |                                                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA              |  |  |                                                | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>PAICOL                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3227468485                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                               |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                                     |  |  | Día                                            | 01           | Mes | 07      | Año | 2021                                                               | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                           |  |  | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS - HOSPITALIZAN        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>Barrio El Redentor Vía Principal a Santa Rosa de Lima |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                          |  |  |                                                |              |     |         |     |                                                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE SANTA ROSA DE LIMA                         |  |  |                                                | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>PAICOL                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3227468485                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                               |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                                     |  |  | Día                                            | 01           | Mes | 05      | Año | 2021                                                               | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                              |  |  | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS -PYP                  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 3 CARRERA 7 ESQUINA BARRIO ALMENDROS            |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                          |  |  |                                                |              |     |         |     |                                                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE SANTA ROSA DE LIMA                         |  |  |                                                | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                               |  |  | MUNICIPIO<br>PAICOL                            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3227468485                                             |  |  | FECHA DE INGRESO                               |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                    |     |    |     |    |     |      |
|                                                                     |  |  | Día                                            | 21           | Mes | 01      | Año | 2021                                                               | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                              |  |  | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS                       |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 3 CARRERA 7 ESQUINA BARRIO ALMENDROS            |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                      |         |  |         |                      |      |  |
|--------------------------|--|--|----------------------|---------|--|---------|----------------------|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |                      | PÚBLICA |  | PRIVADA |                      | PAÍS |  |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO            |         |  |         | CORREO ELECTRÓNICO   |      |  |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO     |         |  |         | FECHA DE RETIRO      |      |  |
|                          |  |  | Día:    Mes:    Año: |         |  |         | Día:    Mes:    Año: |      |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO      |         |  |         | DIRECCIÓN            |      |  |

5

**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            | 1                     | 11    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 4     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 2                     | 4     |

6

**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

FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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*

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)