



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Anas</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Aroca</u>	NOMBRES <u>Anyl Karind</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1012410842</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS <u>Colombia</u> COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>07</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1994</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Ataco</u> MUNICIPIO <u>Tolima</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>KR 77 H 65 J 32 SUR</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3134675283</u> EMAIL <u>anilkarind@gmail.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 Académico</u>				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA				
FECHA DE GRADO <u>19-12-2009</u>										MES <u>12</u> AÑO <u>2009</u>				
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X				
EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)														
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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 EXISTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).														
MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO							TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA PROFESIONAL	
<u>Técnico</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar en enfermería</u>							<u>04</u>	<u>20</u>	<u>12</u>	<u>1012410842</u>
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)														
IDIOMA				LO HABLA R B MB			LO LEE R B MB			LO ESCRIBE 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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredco.gov.co	
TELÉFONOS 3045952563	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 12 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Salud pública PAI	DIRECCIÓN DG 34 5 43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Sexto Sentido	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.fundacionsextoentido.org	
TELÉFONOS 7024784	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 02 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 07 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Asistencial	DIRECCIÓN cl 116 A 71 B 50	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Salud a su alcance S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD saludasescalance@hotmail.com	
TELÉFONOS 3203157863	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 04 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 07 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Asistencial	DIRECCIÓN cl 139 94 90	

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 PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	7

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).

Anli Arias

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