



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Cubillos                                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Ayala                                                                | NOMBRES<br>Nasly Pastora                                                                     |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No <u>1130635719</u> | GENERO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>                                                        | NÚMERO                                                                                                 | PAÍS<br>COLOMBIA                                                                             |
|                                                                                                                                                         |                                                                                                        | D.M.                                                                                         |

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 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            | 12                      | X        |    | MEDICINA                                                      | 06          | 2016 | 1130635719                 |
| PREGRADO            | 4                       | X        |    | TOMA DE MUESTRAS PARA PROCESAMIENTO EN EL LABORATORIO CLÍNICO | 06          | 2008 |                            |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

**IDIOMAS**

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

5

**EXPERIENCIA LABORAL**

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                       |  |  |                             |              |     |              |     |                                |     |    |     |    |     |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--------------------------------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>RED SALUD DEL CENTRO DEL MUNICIPIO DE CALI |  |  |                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>CALI           |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>4851717                                            |  |  | FECHA DE INGRESO            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                |     |    |     |    |     |
|                                                                 |  |  | Día                         | 10           | Mes | 09           | Año | 2017                           | Día |    | Mes |    | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>85121600 - MEDICO                    |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULATOIRIO |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 12E 50 18 |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                             |              |     |              |     |                                |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>clínica blanca                             |  |  |                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>CALI           |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD     |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3367840                                            |  |  | FECHA DE INGRESO            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                |     |    |     |    |     |
|                                                                 |  |  | Día                         | 01           | Mes | 06           | Año | 2016                           | Día | 01 | Mes | 07 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>85121600 - MEDICO                    |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULATOIRIO |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7A 19 39  |     |    |     |    |     |



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

### 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:               |      |  |  |
|                          |  |                  |         |      |         |                    |      |  |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         | DIRECCIÓN          |      |  |  |

7

### 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            | 8                     | 3     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1                     | 1     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

### 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

Calí  
Cecilia 1130635719

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

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)