



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 09-sep-2024  
Fecha Validación: 09-sep-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO JARAMILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) QUINTERO	NOMBRES MONICA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1056302457	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ 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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ADEMICO			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO						
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2008

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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
Especialización universitaria	4	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	12 2018	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	7 2015	1056302457

Firma electronica validador: null

622041

Documento electrónico: null  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

**Sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 09-sep-2024

Fecha Validación: 09-sep-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PROGRAMA ACCION MUNDIAL PARA SUPERAR	UNIVERSIDAD DE MANIZALES	2023	62
HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	SENA	2021	50
ADOPCION Y ADAPTACION DEL MODELO	SENA	2018	112
DIPLOMADO CONTROL INTERNO CON ENFASIS	ESAP	2017	120

## DOMINIO DE 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

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando por el Actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL DEPARTAMENAL SAN VICENTE DE PAUL ARANZAZU	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caldas	Aranzazu	gerencia@hospitaldearanzazu.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3128297313	DIA 30 MES 5 AÑO 2023	DIA 31 MES 3 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
GERENTE	GERENCIA	CARRERA 2 # 4-12	

Firma electronica validador: null

622041

Documento electrónico: null  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 09-sep-2024

Fecha Validación: 09-sep-2024

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL ARANZAZU	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caldas	Aranzazu	gerencia@hospitaldearanzazu.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3128297313	DIA 25 MES 7 AÑO 2018	DIA 28 MES 10 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
GERENTE	GERENCIA	CRA 2 4-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL ARANZAZU	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caldas	Aranzazu	gerencia@hospitaldearanzazu.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3128297313	DIA 12 MES 4 AÑO 2016	DIA 23 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ASESORA ASISTENCIAL Y	ADMINISTRACION	CRA 2 4-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA -CALDAS	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Caldas	Salamina	correspondencia@esefelipesuarez.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3215549265	DIA 1 MES 9 AÑO 2015	DIA 10 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA	PROMOCION Y PREVENICION	Calle 3a No. 9 A- 21	

Firma electronica validador: null

622041

Documento electrónico: null  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 09-sep-2024  
Fecha Validación: 09-sep-2024

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	7	11
Total	7	11

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
null

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null