

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Burbano</u>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Mayoral</u>		NOMBRES <u>Martha Lucia</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>41.181.848</u>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <u>07</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1973</u> DEPTO <u>Putumayo</u> MUNICIPIO <u>Sibundoy</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 16 # 22-56</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Putumayo</u> MUNICIPIO <u>Sibundoy</u> TELÉFONO <u>098420439</u> EMAIL <u>martha.bmayoral@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:		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO
											<u>06</u>	<u>1991</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIA 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	
UN	10	X		Enfermera	07	1999	
ES	2	X		Especialista en gerencia y auditoria de la calidad de la salud	03	2003	
ES	1		X	Especialista en gerencia de proyectos			

ESPECÍFIQUE 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
Inglés	X				X		X		

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 <i>Secretaria de Salud departamental del Pto</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Mocoa</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>sec.salud.putumayo@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>098 4246306</i>	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 <i>Asesoría y apoyo a la dirección y al P.D.</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 4 # 8-26</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>SENA Regional Pto</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Puerto Asis</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>jpin200@sena.edu.co</i>	
TELÉFONOS <i>098-4227376</i>	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 <i>Lider Regional Grupo Normalización</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección</i>	DIRECCIÓN <i>Pto Asis 8/20 de Julio</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>SENA Regional Putumayo</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Puerto Asis</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>mcastrillon@sena.edu.co</i>	
TELÉFONOS <i>098-4227376</i>	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 <i>Instructor AVA</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <i>Calle 19A # 23-57</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>SENA Regional Putumayo</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Putumayo</i>	MUNICIPIO <i>Puerto Asis</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>mcastrillon@sena.edu.co</i>	
TELÉFONOS <i>098-4227376</i>	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 <i>Asesora</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 19 A # 23-57</i>	

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)

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 FUNDESPRO	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Potomayo	MUNICIPIO Sibundoy	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacion.fundeprio@gmail.com	
TELÉFONOS 3108434543	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL Asesora SGC	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCIÓN Sibundoy	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Alcaldía municipal de Sibundoy	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO SiPotomayo	MUNICIPIO Sibundoy	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Alcaldia@siibundoy.gov.co	
TELÉFONOS 4260255	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>
CARGO O CONTRATO Asesora Plan Local de Salud	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCIÓN Sibundoy	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Megasalud I.P.S	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Tunja	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>
CARGO O CONTRATO Jefe autorizaciones	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCIÓN Tunja (Boyacá).	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E Hospital San Francisco de Asis Niv. II	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Potomayo	MUNICIPIO Puerto Aris	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>
CARGO O CONTRATO Auditora de Calidad	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCIÓN Puerto Aris	

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)

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 E.S.E Hospital S. Francisco de Asis N.2.	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	MUNICIPIO Puerto Asis	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 Auditora de Calidad	DEPENDENCIA Direccion	DIRECCIÓN Puerto Asis.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E Hospital Local de Puerto Asis	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	MUNICIPIO Puerto Asis	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 Subdirector Científico	DEPENDENCIA Direccion	DIRECCIÓN Puerto Asis	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ensanar	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	MUNICIPIO Mocoa	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 Coordinador P y P.	DEPENDENCIA Direccion	DIRECCIÓN Mocoa.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ensanar	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Putumayo	MUNICIPIO Mocoa	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 Auditora	DEPENDENCIA Direccion	DIRECCIÓN Mocoa.	

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)

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 E.S.E Hospital José M^a Hernández	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Duh Mayo	MUNICIPIO Mocoa	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2000		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera S.S.D	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCIÓN Mocoa	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
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	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
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	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
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	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

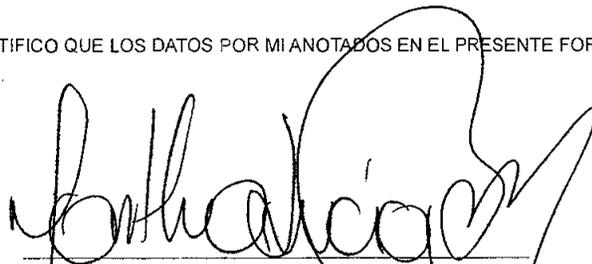
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Servidor público	12	0
Sector privado	2	0

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).



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