



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA



Universidad de  
**PAMPLONA**  
La Academia al servicio de la Vida

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DIAZ		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) GARCIA		NOMBRES LUZ MARY	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>63.529.286</b>			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"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="1982"/> DEPTO <u>SANTANDER</u> MUNICIPIO <u>BUCARAMANGA</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CRA 7 No 12-638 Conjunto Elimelec Casa 21</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>N/ de SDER</u> MUNICIPIO <u>PAMPLONA</u> TELÉFONO <u>3174039487</u> EMAIL <u>luzmarydi@hotmail.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: Normalista con enf. En Educación	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	<input checked="" type="checkbox"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>

**EDUCACION 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				
UN	8	X		NUTRICIONISTA Y DIETISTA	06	2	0	0	4	02324
ES	2	X		ESP. PROTECCION DE ALIMENTOS	09	2	0	1	2	

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
INGLES	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.				
<i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>UNIVERSIDAD DE PAMPLONA</b>		<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i> 	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>NORTE DE SANTANDER</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>PAMPLONA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> 	
<i>TELÉFONOS</i> <b>5685303</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="10"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> <b>DOCENTE</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>FACULTAD DE SALUD</b>		<i>DIRECCIÓN</i> <b>Km 1 Via B/manga el buque</b>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>		<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i> 	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>NORTE DE SANTANDER</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>PAMPLONA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> 	
<i>TELÉFONOS</i> <b>3208526544</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>NUTRICIONISTA DIETISTA</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>AREA ASISTENCIAL</b>		<i>DIRECCIÓN</i> <b>Carrera 9 Calle 5</b>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>COMFENALCO SANTANDER</b>		<i>PÚBLICA</i> 	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>Colombia</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>Santander</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>Bucaramanga</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> <b>hogares@comfencosantander.com.co</b>	
<i>TELÉFONOS</i> <b>6573533</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>NUTRICIONISTA DIETISTA</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>HOGARES SUSTITUTOS</b>		<i>DIRECCIÓN</i> <b>AV González Valencia 55-46</b>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>COMPASS GROUP</b>		<i>PÚBLICA</i> 	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>Cundinamarca</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>Bogotá</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> <b>proveemos@eurest.com.co</b>	
<i>TELÉFONOS</i> <b>571-3401947</b>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="09"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>Nutricionista Junior</b>	<i>DEPENDENCIA</i> <b>Clinica Shaio</b>		<i>DIRECCIÓN</i> <b>Cra 23 # 27-33</b>	

**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**

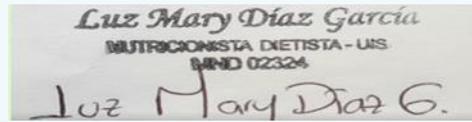
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
NUTRICIONISTA Y DIETISTA	11	10

**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