



ENTIDAD RECEPTORA

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**1 DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO PEREZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CISNERÓS		NOMBRES LIDIA CENAIDA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>40.373.287</b>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>24</b> MES <b>02</b> AÑO <b>1964</b> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ARAUCA</u> MUNICIPIO <u>PUERTO RONDO</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 50 No. 12-04 SUR - SERRAMONTE 5 CASA 27 PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>META</u> MUNICIPIO <u>VILLAVICENCIO</u> TELÉFONO <u>3157860002</u> EMAIL <u>lidiacenaída@yahoo.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: BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES	<b>11</b>	AÑO	<b>1982</b>

**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	10	X		ADMINISTRADOR PÚBLICO MUNICIPAL Y REGIONAL	06	2	0	0	1	1147743-T
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN FINANZAS PUBLICAS	10	2	0	0	4	
ES	2	X		ESPECIALIZACION GESTION PUBLICA	09	2	0	1	0	

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
INGLES	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>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@hujmb.com	
TELÉFONOS 605 4365007	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	DEPENDENCIA SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	DIRECCIÓN CALLE 14 No. 23-42	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO SUCRE	MUNICIPIO SAN MARCOS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospital@hdv.gov.co	
TELÉFONOS 652953165	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO ASESORA ADMINISTRATIVA Y FINAN	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 22 - 20 - 22	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospital@hdv.gov.co	
TELÉFONOS 606817901	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 38 <sup>a</sup> - 28 - 53 BARZAL ALTO	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA ESE		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ARAUCA	MUNICIPIO ARAUCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talento_humano@hospitalсанvicente.gov.co	
TELÉFONOS 60 8850030	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y LOGÍSTICA	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 23 No. 18 - 41	

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.			
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD ESE DEPARTAMENTAL PRMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ARAUCA	MUNICIPIO TAME	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@escmorenoyclavijo.gov.co	
TELÉFONOS 60 8857915 - 916	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y LOGISTICA	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 15 CARRERA 12 ESQUINA	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD ESE DEPARTAMETAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ARAUCA	MUNICIPIO ARAUCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co	
TELÉFONOS 60 8857915 - 916	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTRATO	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 15 CARRERA 12 ESQUINA	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD ADMINISTRATIVA DE SALUD DE ARAUCA		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ARAUCA	MUNICIPIO ARAUCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@unisaludarauca.gov.co	
TELÉFONOS 60 8857929	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTRATO	DEPENDENCIA GRUPO FUNCIONAL ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN CALLE 20 No. 20 -31/43	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE ARAUCA - LIQUIDADO		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ARAUCA	MUNICIPIO ARAUCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@unisaludarauca.gov.co	
TELÉFONOS 60 8857929	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2002"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="19"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>	
CARGO O CONTRATO JEFE OFICINA ASESORA PLANEACION	DEPENDENCIA DIRECCIÓN	DIRECCIÓN CALLE 20 No. 20 -31/43	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

9

## 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.			
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE ARAUCA-LIQUIDADO		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ARAUCA	MUNICIPIO ARAUCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@unisaludarauca.gov.co	
TELÉFONOS 60 8857929	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 09 AÑO 1997		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 08 AÑO 2002
CARGO O CONTRATO SUBGERENTE TÉCNICO DE PRESUPUESTO	DEPENDENCIA FINANCIERA	DIRECCIÓN Calle 20 No. 20 - 31/43	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
		PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
		PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
		PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]
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

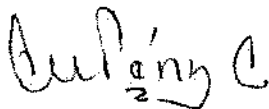
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	16	11
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	18	14

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 MÍ 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