



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>ORDOÑEZ</b>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>ZARAMA</b>		NOMBRES <b>JALILA ANDREA</b>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>36-752.745</b>			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> <b>COLOMBIANA</b>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO <b>—</b> D.M. <b>—</b>					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <b>18</b> MES <b>07</b> AÑO <b>1977</b> DEPTO <b>NARIÑO</b> MUNICIPIO <b>PASTO</b>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>CALLE 18B #42-45 APT. 802 TORRE 1</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>NARIÑO</b> MUNICIPIO <b>PASTO</b> TELÉFONO <b>3007740789</b> EMAIL <b>yalilandrea@gmail.com</b>		

## 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: <b>BACHILLER ACADÉMICO</b>			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <b>06</b>	AÑO <b>1994</b>	

**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	12	X		MÉDICA GENERAL	10	2001	1	52-1095-2003
ES	08	X		ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	02	2008	8	
ES	06	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA	04	2011	1	

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.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPTAL DE NARIÑO</b>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>hudn@hosdenar.gov.co</b>	
TELÉFONOS <b>73 33400 - 7 333409</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>10</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2012</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>MÉDICA TOXICÓLOGA</b>	DEPENDENCIA <b>URGENCIAS - HOSP - C. EXTERNA</b>	DIRECCIÓN <b>PARQUE BOLIVAR CALE 22 # 7-93.</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>PROFESIONALES DE LA SALUD PROINSALUD</b>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Prosalud1@Telecom.com.co</b>	
TELÉFONOS <b>7336200</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>16</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2010</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO <b>MÉDICA TOXICÓLOGA</b>	DEPENDENCIA <b>URGENCIAS - FARMACIA</b>	DIRECCIÓN <b>CALE 14 # 34-24</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>UNIVERSIDAD DE NARIÑO</b>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Recursos@udenar.edu.co</b>	
TELÉFONOS <b>7315440 - 7311449</b> EXT. 246	FECHA DE INGRESO DÍA <b>29</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2008</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO <b>DOCENTE</b>	DEPENDENCIA <b>MEDICINA</b>	DIRECCIÓN <b>FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CALE 50 # 18-02</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA</b>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>www.ucc.edu.co</b>	
TELÉFONOS <b>7336706</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>09</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2004</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>14</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2015</b>
CARGO O CONTRATO <b>DOCENTE</b>	DEPENDENCIA <b>FACULTAD DE MEDICINA</b>	DIRECCIÓN <b>TOROBASO CALE 18 # 47-150</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)

## 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 <b>COMFAMILIAR DE NARIÑO</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>www.comfamiliarnariño.com</b>	
TELÉFONOS <b>7230206</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>03</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2011</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>31</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2015</b>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>COORD. MEDICA / AUDITORIA MEDICA</b>	DEPENDENCIA <b>COORD. MEDICA AUDITORIA MEDICA</b>	DIRECCIÓN <b>PARQUE INFANTIL CALLE 16 B#30-53</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y</b>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>CIENCIAS FORENSES</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>dsnariño@medicinalegal.gov.co</b>	
TELÉFONOS <b>7210102</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>20</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2008</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2009</b>
CARGO O CONTRATO <b>PERITO FORENSE</b>	DEPENDENCIA <b>CLINICA - TANATOLOGIA</b>	DIRECCIÓN <b>CALLE 22#7-93 HOSP. DEPARTAMENTAL DE NARIÑO</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>www.sanmartin.edu.co</b>	
TELÉFONOS <b>7314691</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>23</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2003</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>10</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2012</b>
CARGO O CONTRATO <b>DOCENTE</b>	DEPENDENCIA <b>FACULTAD DE MEDICINA</b>	DIRECCIÓN <b>CALLE 18A #41-61</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>IPS SUR SALUD DE LA NUEVA EPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>NARIÑO</b>	MUNICIPIO <b>PASTO</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>7208738</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>11</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2010</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>04</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2011</b>
CARGO O CONTRATO <b>GERENTE ADMINISTRATIVO</b>	DEPENDENCIA <b>IPS / AV. LOS ESTUD</b>	DIRECCIÓN <b>GERENTE ADMINISTRATIVO CALLE 20 # 34-34</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**

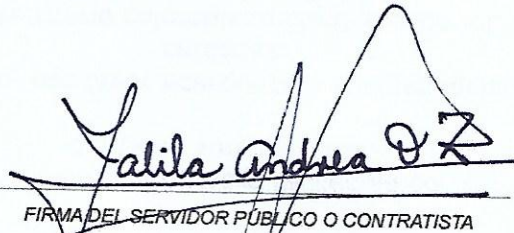
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	11	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	07	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	15	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**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