



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

ENTIDAD RECEPTORA



1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LUQUEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CLAVIJO		NOMBRES MAYRA LICETH	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No <u>1065607326</u>		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>09</u> MES <u>05</u> AÑO <u>1989</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CESAR</u> MUNICIPIO <u>VALLEDUPAR</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DIAGONAL 20B 19D null 53 CASA 10 - URB LOS CACIQUES PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CESAR</u> MUNICIPIO <u>VALLEDUPAR</u> TELÉFONO <u>5830303</u> EMAIL <u>mayluquez19@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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2005
								☒						

EDUCACIÓN 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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	09	2020	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD	09	2020	
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	12	2010	32420

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

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
INGLÉS	X			X			X		

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 6017566633			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO										
			Día	27	Mes	01	Año	2025	Día	20	Mes	03	Año	2026			
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR CALIDAD			DEPENDENCIA CALIDAD EN SALUD				DIRECCIÓN CALLE 72 10 null 03 - PISO 4,5,8 Y 9										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO - PUEBLO BELLO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO PUEBLO BELLO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 6055793153			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO										
			Día	22	Mes	09	Año	2021	Día	30	Mes	12	Año	2024			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA COORDINACION DE CALIDAD				DIRECCIÓN CARRERA 10 9 45										

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CAMILO VILLAZON PUMAREJO - PUEBLO BELLO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR		MUNICIPIO PUEBLO BELLO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3184706826		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	09	Año	2021	Día	20	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADO DE AUDITORIA INTERNA		DEPENDENCIA ASESORIA /AUDITORIA						DIRECCIÓN CARRERA 12 9 null 45 - PUEBLO BELLO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD IPS MARIA PAZ DEL CESAR				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR		MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3126136697		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	09	Año	2020	Día	01	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION MEDICA		DEPENDENCIA TALENTO HUMANO						DIRECCIÓN CALLE 13C 14 80					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ING CLINICA CENTER				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR		MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5732888		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2019	Día	02	Mes	08	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA DE CIRUGIA		DEPENDENCIA CIRUGIA						DIRECCIÓN CALLE 16N 17 261					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA ARENAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR		MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 5732888		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	19	Mes	02	Año	2018	Día	31	Mes	07	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION DE CIRUGIA		DEPENDENCIA CIRUGIA						DIRECCIÓN CALLE 16N 17 261					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE FRACTURAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR		MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3012581560		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	10	Año	2016	Día	01	Mes	10	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION DE URG. Y CIRG		DEPENDENCIA GERENCIA						DIRECCIÓN DIAGONAL 20B 18D 76					

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día:		Mes:		Año:			
AREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN			

7 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	4	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA