



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HUGUETT	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARAGON	NOMBRES CLAUDIA MARCELLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52933314	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED] PAÍS [REDACTED] DEPTO [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED]	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA [REDACTED] PAÍS [REDACTED] DEPTO [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED] TELÉFONO [REDACTED] EMAIL [REDACTED]	

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	1999	

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	4	X		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	10	2014	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	10	2008	
PREGRADO	10	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	06	2005	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4

IDIOMAS

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
FRANCÉS		X				X	X		
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 VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 2207700			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	22	Mes	07	Año	2013	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO			DEPENDENCIA SUBDIRECCION VIGILANCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 26 No. 51-20 CAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 2207700			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	13	Mes	01	Año	2010	Día	21	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO			DEPENDENCIA SUBDIRECCION VIGILANCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 26 N 51 20					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 2207700				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	04	Mes	03	Año	2009	Día	31	Mes	12	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA APOYO AREA VIGILANCIA EPIDEMIO				DIRECCIÓN CALLE 26 N 51 20							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DE HUILA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA				MUNICIPIO NEIVA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8701983				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	14	Mes	03	Año	2008	Día	28	Mes	12	Año	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA APOYO AREA VIGILANCIA EPIDEMI				DIRECCIÓN CARRERA 20 - 5B 36							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DE HUILA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA				MUNICIPIO NEIVA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8701980				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	02	Mes	02	Año	2007	Día	31	Mes	12	Año	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL BACTERIOLOGA				DEPENDENCIA APOYO AREA VIGILANCIA EPIDEMIO				DIRECCIÓN CARRERA 20 - 5B 36							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA				MUNICIPIO NEIVA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8701980				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	20	Mes	11	Año	2006	Día	31	Mes	12	Año	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA LABORATORIO				DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 26 - 51 20							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA				MUNICIPIO LA PLATA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8470198				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	16	Mes	08	Año	2005	Día	15	Mes	08	Año	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO				DIRECCIÓN CARRERA 4 - 9 103							

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:		Día:		Mes:
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	17	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	8
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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co