

FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

Persona natural

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

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Servicio Nacional de Aprendizaje SENA | | PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Fusagasugá | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD servicioalciudadano@sena.edu.co | | |
| TELEFONO 5978250 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Subdirector de Centro Grado 02 | | DEPENDENCIA Regional Cundinamarca | DIRECCION Diagonal 45 D N° 19 - 72 | |

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Departamento Administrativo para la Prosperidad Social | | PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD thumano@prosperialsocial.gov.co | | |
| TELEFONO 5960800 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Asesor Codigo 1020 Grado 13 | | DEPENDENCIA Subdirección General de Programas y Proyectos | DIRECCION Carrera 7 N° 27 - 18 | |

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Ecodesarrollo S.A.S | | PUBLICA <input type="checkbox"/> | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Fusagasugá | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD constructoraecomdesarrollos@gmail.com | | |
| TELEFONO 304-6817756 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Gerente General | | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCION Carrera 6 N° 7 - 43 Of. 312 | |

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Alcaldía de Fusagasugá | | PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Fusagasugá | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD desarrollohumano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co | | |
| TELEFONO 8868180 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Asesor UMATA Codigo 105 Grado 05 | | DEPENDENCIA Despacho del Alcalde | DIRECCION Calle 6 N° 6 - 24 | |

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Coomesalud | | PUBLICA <input type="checkbox"/> | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Fusagasugá | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD coomedsalud@yahoo.es | | |
| TELEFONO 3182801779 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Universitario | | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCION Transversal 12 N° 23 - 15 | |

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA

Persona natural

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

3 - EXPERIENCIA LABORAL

| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá | | | | | PUBLICA x | | PRIVADA | | PAIS Colombia | |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | | | MUNICIPIO Fusagasugá | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD talentohumano@hospitaldefusagasuga.gov.co | | | | |
| TELEFONO 8733000 | | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| DIA 0 1 | | MES 0 6 AÑO 2 0 0 1 | | DIA 3 1 | | MES 0 7 | | AÑO 2 0 0 4 | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Orden de Prestación de Servicios | | | | DEPENDENCIA Subgerencia Comunitaria | | | DIRECCION Transversal 12 N° 22 - 51 | | | |

4 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVICIO PUBLICO | 8 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 8 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 6 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 17 | 5 |

5 - FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO _x_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN COSNTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES (ARTICULO 5o DE LA LEY 190/95)

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 - OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO COSNTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FEJE DE PERSONAL O DE CONTRATOS