



El servicio público
es de todos

Función
Pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PAEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DUARTE		NOMBRES VICTOR JAVIER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033733731		SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐		PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 25 MES 05 AÑO 1991		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TRAVERSAL 70 SUR N°67B-80 Apartamento MADELENA PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C MUNICIPIO BOGOTÁ TELÉFONO 3057139775		EMAIL vjpaезд@gmail.com	
Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.					

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 ACADEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	FECHA DE GRADO MES 12 AÑO 2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA 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		ENFERMERIA	08	2016	1033733731
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	07	2020	1033733731

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
Inglés	X				X		X		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE							
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Nuestra Señora del Carmen El Colegio		PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐		PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO EL COLEGIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD pyp@eseelcolegi-cundinamarca.gov.co			
TELÉFONOS 8475710		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL coordinador PyD coordinador PyD /consulta externa		DEPENDENCIA PyD		DIRECCIÓN avenida medina # 6-16			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN		PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐		PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO EL COLEGIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD VJPAEZD@GMAIL.COM			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 12 AÑO 2019			
CARGO O CONTRATO COORDINADOR APS PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD		DEPENDENCIA APS		DIRECCIÓN AVENIDA MEDINA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD hospital nuestra señora del carmen		PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐		PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO EL COLEGIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co			
TELÉFONOS 8475710		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2017			
CARGO O CONTRATO coordinador APS Prestación servicios profesionales		DEPENDENCIA SALUD		DIRECCIÓN avenida median 6 06			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO INGABO		PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒		PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO SANTA FE DE BOGOTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ingabo@hotmail.com			
TELÉFONOS 3610203		FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 10 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2016			
CARGO O CONTRATO Prestación servicios profesionales		DEPENDENCIA SALUD		DIRECCIÓN CRA. 17 N° 16-37-45			

4 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 _____
Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 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
Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.	

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