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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ORREGO	MONSALVE	JUAN MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C (●) **C.E** ( ) **PAS** ( ) **No.** 71225680

SEXO **F** ( ) **M** (●) **NACIONALIDAD** **COL.** (●) **EXTRANJERO** ( ) **PAÍS** Colombia

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) **SEGUNDA CLASE** (●) **NÚMERO** 71225680 **D.M** 24

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA **DÍA** 27 **MES** 01 **AÑO** 1981
PAÍS Colombia
DEPTO Antioquia
MUNICIPIO BELLO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
calle 21 # 22 -19 casa
PAÍS Colombia **DEPTO** Antioquia
MUNICIPIO COCORNÁ
TELÉFONO 3207635351 **EMAIL** juan.orrego@icbf.gov.co

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		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1998
									X	

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	
UN	10	X		NUTRICION Y DIETETICA	08	2005	MND 06369

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					

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	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	EL SANTUARIO	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
	DÍA 02 **MES** 02 **AÑO** 2021	**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Seguimiento a la ejecucion Apoyo al seguimiento a la ejecución de contratos	Primera Infancia	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia	EL SANTUARIO		juan.orrego@icbf.gov.co
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
3207635351	**DÍA** 17 **MES** 01 **AÑO** 2020		**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2020
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Profesional supervision Apoyo a la supervision de contratos	Primera Infancia		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia	EL SANTUARIO		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
5462017	**DÍA** 11 **MES** 01 **AÑO** 2019		**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Formal Apoyo a la Supervision de contratos	Ciclos de vida		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia			
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
5462017	**DÍA** 15 **MES** 01 **AÑO** 2018		**DÍA** 29 **MES** 12 **AÑO** 2018
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Nutricionista Dietista apoyo a la supervisión	apoyo a la supervisión		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia	EL SANTUARIO		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
546 20 17	**DÍA** 23 **MES** 01 **AÑO** 2017		**DÍA** 30 **MES** 12 **AÑO** 2017
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Apoyo a la Supervision Apoyo a la Supervision	Ciclos de Vida y Nutricion		Calle 49 # 47 - 23 Piso 1

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital SanJuan de Dios	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia	EL SANTUARIO		cadsant@hospitalelsantuario.gov.co
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
5460050	**DÍA** 04 **MES** 10 **AÑO** 2016		**DÍA** 29 **MES** 12 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Nutricionista Dietista Prestacion de servicios / Nutricionista Dietista	Nutrición		calle 49 # 41 - 61

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael	X		Colombia

DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** SAN LUIS	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 8348244	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 07 **AÑO** 2006	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 09 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO Nutricionista Dietista Prestacion de servicios / Nutricionista Dietista	**DEPENDENCIA** Centro Recuperacion	**DIRECCIÓN** calle 20 # 21 - 03

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Juan de Dios	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** SEGOVIA	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** hospitalsegovia@gmail.com
TELÉFONOS 8317382	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 07 **AÑO** 2005	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 06 **AÑO** 2006
CARGO O CONTRATO Nutricionista Dietista Prestacion de servicios / Nutricionista Dietista	**DEPENDENCIA** Centro Recuperacion	**DIRECCIÓN** paraje la salada

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ✓ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE 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 El Santuario, 15 de septiembre de 2021

Juan Manuel Orrego

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Medellín, 11 de enero del 2022
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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