



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ALARCON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTAÑA	NOMBRES STEFANY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033695414	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS _____
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 1,8 MES 0,3 AÑO 1,9,8,8 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO FUNZA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 31 17 - 267 ALHELI T 11 APTO 203 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SOACHA TELÉFONO 3017563313 EMAIL salarconm@unal.edu.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:	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
										X	11	2,0,0,3

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), X
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	13	x		NUTRICIONISTA DIETISTA	12	2	0	1	7	07503

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
INGLES	X			X			X		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

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
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FAMILIA ENTORNO INDIVIDUO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacionfei.bogota@gmail.com	
TELÉFONOS 2309666	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO NUTRICIONISTA	DEPENDENCIA REGIONAL BOGOTÁ-REGIONAL CUNDINAMARCA	DIRECCIÓN DIAGONAL 58 SUR No. 29 - 18	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fipadh1.org@gmail.com	
TELÉFONOS 7041119	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO NUTRICIONISTA	DEPENDENCIA CENTRO INTEGRARTE ATENCION EXTERNA BOSA 8	DIRECCIÓN CALLE 60 SUR No. 78C 21	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD UNION TEMPORAL CENTROS INTEGRARTE VILLA SAN FRANCISCO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SAN FRANCISCO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ssepfundacion@hotmail.com	
TELÉFONOS 7420842	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO NUTRICIONISTA	DEPENDENCIA CENTRO INTEGRARTE ATENCION INTERNA SAN FRANCISCO 16	DIRECCIÓN KM 44 VIA LA VEGA - FINCA EL UVAL	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

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 UNION TEMPORAL SIBATE DIGNA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SIBATÉ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumanoutds@outlook.com	
TELÉFONOS 3041305459	FECHA DE INGRESO DÍA 0,3 MES 0,7 AÑO 2,0,1,9	FECHA DE RETIRO DÍA 2,9 MES 0,2 AÑO 2,0,2,0	
CARGO O CONTRATO ACTUAL NUTRICIONISTA	DEPENDENCIA CFE JOSE JOAQUIN VARGAS	DIRECCIÓN KM 25 VIA SIBATÉ	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO PROTECCION SOCIAL CUNDINAMARCA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SIBATÉ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD angelicacarrillo@clincasep.com	
TELÉFONOS 2309666	FECHA DE INGRESO DÍA 2,5 MES 0,2 AÑO 2,0,1,9	FECHA DE RETIRO DÍA 0,2 MES 0,7 AÑO 2,0,1,9	
CARGO O CONTRATO NUTRICIONISTA	CFE JOSE JOAQUIN VARGAS	DIRECCIÓN KM 25 VIA SIBATÉ	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO PROTECCION SOCIAL INTEGRAL CUNDINAMARCA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SIBATÉ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD angelicacarrillo@clincasep.com	
TELÉFONOS 2309666	FECHA DE INGRESO DÍA 0,1 MES 0,8 AÑO 2,0,1,8	FECHA DE RETIRO DÍA 2,4 MES 0,2 AÑO 2,0,1,9	
CARGO O CONTRATO NUTRICIONISTA	DEPENDENCIA CFE JOSE JOAQUIN VARGAS	DIRECCIÓN KM 25 VIA SIBATÉ	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO SIBATE		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [][][]	FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [][][]	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	4

5 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 14 DE ENERO DE 2022


14/01/22
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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