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
Orozco	Anzola	Javier Alexis

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 86054356 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO 77100214027 — D.M. 4

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 02 MES 10 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 86 G 57 C 44 SUR

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 0000000 — EMAIL: javier.orozco77@hotmail.com

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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1995
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	
PREGRADO	11	X		INGENIERIA DE SISTEMAS	11	2020	091122-0572653

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

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* PAI DISTRITAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 - 12 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACIÓN SIMPLEX S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7450360	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGEIERO DE SISTEMAS	*DEPENDENCIA* PAI DISTRITAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 6 - 62 84						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* PAI DISTRITAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 - 12 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	23	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* PAI DISTRITAL					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	04	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	09	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	04	*Año* 2013	*Día*	02	*Mes*	02	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3045952563	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO II	*DEPENDENCIA* PAI - PIC - POS					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 33A 11						

4 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:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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	8	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	9

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 26/01/2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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