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
ESCOBAR	ESCOBAR	JENNY LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 1130590057

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA	DÍA 18	MES 12	AÑO 1985
PAÍS	Colombia		
DEPTO	Valle del Cauca		
MUNICIPIO	CALI		

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle 53 # 98 - 91 apto 1002 - torre 1 valle del lili

PAÍS	Colombia	DEPTO	Valle del Cauca
MUNICIPIO	CALI		
TELÉFONO	3223078981	EMAIL	

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		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 06 AÑO 2002

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		PSICOLOGIA	02	2019	194672

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
Sueco			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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INDERVALLE	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 02 AÑO 2021	DÍA 30 MES 06 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA APOYO PROFESIONAL A LA GESTION COMO PSICOLOGA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
fundacion samaritanos		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 02 MES 04 AÑO 2020	DÍA 03 MES 07 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
atencion integral al habitante de calle		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD hospital isaias duarte cancino	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS**
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 08 **AÑO** 2019	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 20 **MES** 12 **AÑO** 2019	
CARGO O CONTRATO psicologa prestador de servicios medico especialista	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD grupo de inversores en salud medivalle	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS**
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
TELÉFONOS 3128930005	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 03 **AÑO** 2019	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2019	
CARGO O CONTRATO prestacion de servicios lider recurso humano	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** calle 96 # 28 e 3-01	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD hospital universitario del valle	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS**
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 10 **MES** 12 **AÑO** 2017	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 10 **MES** 12 **AÑO** 2018	
CARGO O CONTRATO psicologa practicante psicologa practicante	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	

4 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 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 DICIEMBRE 2021

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 AQUI 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.