



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO Estrella | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Narvaez | | NOMBRES Daniela Carolina | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1085345760 | | | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO | | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1999"/> PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA MUNICIPIO PITALITO | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 25N 12 37 Apartamento 505 San Felipe PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO MUNICIPIO PASTO TELÉFONO _____ EMAIL <u>dacaesna19991@gmail.com</u> | | |

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 | BÁSICA SECUNDARIA | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-------------------------------------|-----------------|-------------------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2016 |
| | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

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 | |
| PREGRADO | 10 | | X | DERECHO | 11 | 2021 | |

ESPECIFIQUE 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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--------------|-----|---------|-----|---|-----------------|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | | MUNICIPIO PASTO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 3185078899 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 10 | Mes | 02 | Año | 2023 | Día | 31 | Mes | 10 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA 01 OFICINA JURIDICA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 15 28 41 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | | MUNICIPIO PASTO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 3185078899 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 10 | Mes | 02 | Año | 2023 | Día | 31 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA 01 OFICINA JURIDICA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 15 28 41 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | | MUNICIPIO PASTO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA OFICINA ASESORA JURIDICA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 15 28 41 PLAZUELA DE BOMBONA | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | | MUNICIPIO PASTO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2022 | Día | 01 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA OFICINA ASESORA JURIDICA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 15 28 41 PLAZUELA DE BOMBONA | | | | |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | | NIVEL EDUCATIVO | | | | DIRECCIÓN | | | | | |

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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 6 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 1 | 7 |

6 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

Foto
 30/10/23
 10:00


FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)


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.

30-10-2023

Ciudad y fecha


NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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