FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ortiz	Bautista	Silvia Ximena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37722097	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES 12 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 3 12 36 BARRIO PAILITAS

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO MÁLAGA

TELÉFONO EMAIL silviax12980@gmail.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	1997
										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	10	X		PSICOLOGIA	06	2007	104251 COLPSIC
PREGRADO	2	X		CONTABILIDAD Y FINANZAS	11	2004	

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
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS	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 O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	27	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORIENTADORA PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 97					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORIENTADORA PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 97					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORIENTADORA PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 97					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUDACION SALUD Y BIENESTAR- FUNDASALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6053358687	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO PSICOSOCIAL AL PROGRAMA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 13 24					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	07	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORIENTADORA PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 97					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	26	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ORIENTADORA PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 97						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076607425	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	04	*Mes*	07	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 13 13						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	02	*Año*	2011	*Día*	25	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL FUNDADOR Y REPRESENTANTE LEGAL	*DEPENDENCIA* GERENTE - REPRESENTANTE LEGAL					*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 93						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CENTRO VIDA MALAGA - ACEVIMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102502674	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	25	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR -SOCIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRADOR					*DIRECCIÓN* CALLE 11 11 93						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6076607425	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	07	*Año*	2011	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 13 13						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076607425	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	31	*Mes*	03	*Año*	2011	*Día*	02	*Mes*	07	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 13 13					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD DE PARAMO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PÁRAMO				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	02	*Mes:*	07	*Año:*	2013	*Día:*	02	*Mes:*	07	*Año:*	2018
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS Y HUMANIDADES PERSONALES	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA						*DIRECCIÓN* CALLE 5 4 2					

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	6	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 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 _____

_____

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.

Málaga, 22 de enero de 2024 _____

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

• Verificar y Aprobar Hoja de Vida •

Esta hoja de vida de: Silvia Ximena Ortuz Bautista con Tipo doc: CEDULA DE CIUDADANIA – No doc: 37722097, ya tiene aprobación de parte suya. Por favor indique si desea:

- (•) Reversar la aprobación22/01/2024 y CONTRATISTA
- ( ) Realizar aprobación para un cargo/contrato/UTL-UAN diferente
- ( ) Realizar aprobación para el mismo cargo/contrato/UTL-UAN

Continuar | Cancelar

Por favor ing

Tipo de Documento:

Seleccione

Tipo de Activación:

Seleccione

Buscar

Resultado de búsqueda