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
Echeverri	Gomez	Paola Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 38879063	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 02 AÑO 1976

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO GUADALAJARA DE BUGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 0 0 0 Vereda Calahorra Conjunto Campestre Villa Zhué. Casa 2

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO CAJICÁ

TELÉFONO 3162200610 EMAIL paego76@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	07	AÑO	1992
										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	
POSTGRADO	3		X	MAESTRIA EN PSICOLOGIA			
POSTGRADO	4		X	DOCTORADO EN PSICOLOGIA			
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD	06	2010	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DEL DESARROLLO HUMANO	06	2020	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN DESARROLLO HUMANO ORGANIZACIONAL	08	2020	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA	03	2021	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN ASESORIA FAMILIAR Y GESTION DE PROGRAMAS PARA LA FAMILIA	12	2021	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN FINANZAS	02	2022	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DESARROLLO PERSONAL Y FAMILIAR	12	2022	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA	09	2023	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	09	2023	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	12	2000	90907
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	07	2019	202374

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
INGLÉS		X			X			X	

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 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3004660546	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE	*DEPENDENCIA* GERENCIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SIETT CARTAGO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CARTAGO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 2128080	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE GERENCIA	*DEPENDENCIA* GERENCIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 10 14 131							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* CAJICÁ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 8664949	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE	*DEPENDENCIA* GERENCIA				*DIRECCIÓN* CALLE 4 1 10							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SIETT CARTAGO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CARTAGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2128080	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE GERENCIA	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 10 14 131					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALD?A MUNUCIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUADALAJARA DE BUGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2377000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	04	*Año* 2012	*Día*	09	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HACIENDA					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 6 50					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DIVINO NIÑO - BUGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUADALAJARA DE BUGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2372264	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENTE	*DEPENDENCIA* AREA SUBGERENCIA FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 26 50					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD A Y M ALUMINIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUADALAJARA DE BUGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2371144	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2000	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENCIA	*DEPENDENCIA* CONSTRUCCI?N					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 6 72					

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	4	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	11

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

Nemocón, 05 de Diciembre de 2024

4 *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