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*
Peña	Sandoval	Manuel Alejandro

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1061745326 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 31 MES 01 AÑO 1992

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYÁN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 15 12N 20 BARRIO CADILLAL

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYÁN

TELÉFONO: 0000000 EMAIL: manuelps0131@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*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2008
										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		FISIOTERAPIA	12	2013	1061745326

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 ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL TAMBO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* EL TAMBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 628276090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASECRETARIO DE SALUD MUNICIPAL	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 98 El Tambo Cauca					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SINDICATO DE OFICIOS VARIOS "RECUPERARTE"			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8339600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 8 100 Portal del rio					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACION SINDICAL DE LA INDUSTRIA SANARTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8349842	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS					*DIRECCIÓN* CALLE 22N 7 25 CIUDAD JARDIN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SINTRASALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* EL TAMBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6028353461	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE INSTRUCTOR SALUD PUBLI	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS					*DIRECCIÓN* CALLE 5 NORTE 9 15 oficina 202					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACION SINDICAL DE LA INDUSTRIA SANARTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8349842	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS					*DIRECCIÓN* CALLE 22N 7 25 CIUDAD JARDIN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE COLOMBIA UFO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136506072	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR FISIOTERAPIA	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8N 11 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LOKANDA CAMP			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* ESTADOS UNIDOS						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8455576686	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	06	*Año*	2013	*Día*	11	*Mes*	08	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL STAFF	*DEPENDENCIA* STAFF DE SALUD						*DIRECCIÓN* - HARIN ROAD GLEN SPEY NY 12737					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FEDAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8202310	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 0 82					

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	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	0

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



Firmado digitalmente por Manuel Alejandro Peña
Fecha: 2024.09.10 13:33:40 -05'00'

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