Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

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
CABARCAS	MORENO	ROBERT DE JESUS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 8602727	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ⊗ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 09 MES 09 AÑO 1973	CALLE 13 - 14 63			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	HUILA
DEPTO	ATLÁNTICO	MUNICIPIO	PALERMO		
MUNICIPIO	REPELÓN	TELÉFONO	8783011	EMAIL	rocamo09@hotmail.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	11	AÑO	1992

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	10	X			12	1999	1059
PREGRADO	10	X		BACTERIOLOGIA	12	1999	1059

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

5 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 FRANCISCO DE ASIS - PALERMO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: PALERMO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8783610	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
	Día: 01	Mes: 01	Año: 2024				Día:	Mes:	Año:				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: BACTERIOLOGO	DEPENDENCIA: AREA LABORATORIO						DIRECCIÓN: CALLE 12 6 40						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS - PALERMO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: PALERMO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8783610	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
	Día: 01	Mes: 01	Año: 2017				Día:	Mes:	Año:				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: BACTERIOLGO	DEPENDENCIA: AREA LABORATORIO						DIRECCIÓN: CALLE 12 6 40						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS - PALERMO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: PALERMO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8783610	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
	Día: 01	Mes: 07	Año: 2023				Día:	Mes:	Año:				
CARGO O CONTRATO ACTUAL: BACTERIOLGO	DEPENDENCIA: AREA LABORATORIOS						DIRECCIÓN: CALLE 12 6 40						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS - PALERMO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*							
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*			
CARGO O CONTRATO ACTUAL BACTERIOLOGO COORDINADOR	*DEPENDENCIA* BACTERIOLOGIA - LABORATORIO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 6 40 BARRIO PANAMA							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 8784008	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*							
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*			
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 - 6 40							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3116549301	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*							
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 12 - 6 40 Barrio; Panama							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*							
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2022		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*							
	Día	16	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2021		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	14	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PALERMO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783610	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N 6 40						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 09887803	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 N 3 38						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA - VALLE DE SAN JUAN		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* VALLE DE SAN JUAN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2885101	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	07	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 4 N 4 05 Barrio Centro				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* CHAPARRAL				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3208225715	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LABORATORIO						*DIRECCIÓN* CALLE 5 N °15 / PUEBLO NUEVO				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	MUNICIPIO CHAPARRAL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3166938738	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	07	Año	2016	Día	30	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA LABORATORIO						DIRECCIÓN calle 4 carrera 15 barrio polo nuevo					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HEMATOLOGICA COLOMBIA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	MUNICIPIO IBAGUÉ						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 2662989	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	21	Mes	08	Año	2014	Día	30	Mes	09	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CALLE 37 CARRERA 4 H ESQUNA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO PALERMO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 8783610	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	27	Mes	03	Año	2013	Día	31	Mes	03	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN CALLE 12 6 40					

6 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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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	10	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	11
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 Yopal 10 Julio

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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