FORMATO ÚNICO

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
Moreno	Lobo	Mery Cecilia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36719619	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 11 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 21A 3 29 e18 casa boulevard de las rosas

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL mecimoren@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	12	AÑO	1995
										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	1		X	TECNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD			

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40		X	ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE		
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40		X	ADMINISTRACION DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL		
ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TECNICOS	EDUCACIÓN INFORMAL			X	DIPLOMADO EN GESTION EMPRESARIAL		
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120		X	ALFABETIZACION TECNOLOGICA		
ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TECNICOS (	EDUCACIÓN INFORMAL	5		X	SEMINARIO DE EMPRENDIMIENTO		
CORPORACION UNIVERSITARIA IDEAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120		X	POLITICAS PUBLICAS LA CONSTRUCCION DE CIUDADES		
CORPORACION VIVA LA CIUDADANIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	180		X	DERECHOS HUMANOS Y CONVIVENCIA CIUDADANA		
ACADEMIA INTERNACIONAL DE ESTUDIOS TECNICOS (	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1152	X		ASISTENTE ADMINISTRATIVO	12	2022
(DNP) DEPARTAMENTO NACIONAL DE	EDUCACIÓN INFORMAL	35	X		LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PUBLICOS DE	12	2022
E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AGENTE COMUNITARIO DE SALUD	09	2023
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		HUMANIZACIÓN ATENCIÓN EN SALUD	12	2023

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*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTRTIVO	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* KRA 14-23-42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMI8NISTRATIVO	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* KRA 14-23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTRATIVO -	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* KRA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMIISTRATIVO	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 ESTE 23 42 santa marta					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 2098/2014 APOYO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* CALL CENTER						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 42 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTRATIVAO	*DEPENDENCIA* CALL CENTER					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 35 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005307240	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	11	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0157/2000 ASISTENTE TECNICO	*DEPENDENCIA* ASISTENTE ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENCAL ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 15 3 67					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* ATENCION AL USUARIO, ASISTENCI					*DIRECCIÓN* CALLE 14 2 49					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4209600	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 14 02 49					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ARCHIVO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION					*DIRECCIÓN* CARRERA 30 N # 25 90					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* Calle 14 No 2-49					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM TRONCAL DEL CARIBE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* km 7 via gaira					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM TRONCAL DEL CARIBE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA		*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM TRONCAL DEL CARIBE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA		*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA		*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM TRONCAL DEL CARIBE CLL 70# 12-418					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA		*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM 7 TRONCAL DEL CARIBE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA		*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4224915	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM7 TROCAL DEL CARIBE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4224915	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM7 TRONCAL DEL CARIBE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4224915	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* KM 7 TRONCAL DEL CARIBE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL DISTRITO DE SANTA M ESSMAR			*PÚBLICA* RTA	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4224915	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	04	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO Y SENSIBILIZACI	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION PGIRS					*DIRECCIÓN* CALLE 31 N # º 30 -10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION					*DIRECCIÓN* CARRERA 30 N # 25 90					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HOMBRE NUEVO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3114137730	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2013	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA DE GESTION COMUNIT	*DEPENDENCIA* FUNDACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 79B 12 24 LOS ALPES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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						

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	4	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 *30 DE JUNIO 2025*



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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