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	Henao	Juan Carlos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 15328062	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 15328062 D.M. 28

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 11 AÑO 1974

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO YARUMAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 41 59B 35 Apto 1503 Reserva de búcaros

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO BELLO

TELÉFONO 6163980 EMAIL jucapehe@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1993
										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	4	X		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	12	2015	
PREGRADO	8	X		GERENCIA EN SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD	09	2003	

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:

FORMATO ÚNICO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SABANETA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SABANETA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 45 71 null SUR 24					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 320383849	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 23					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD	

ALCALDIA DE SABANETA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SABANETA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 604288009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 45 71 null SUR 24					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAÑASGORDAS	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					

FORMATO ÚNICO

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

DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD	

ALCALDIA DE CAÑASGORDAS

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAÑASGORDAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8564135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 25 29A 3					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

	DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD											
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8586533	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 20 20 33					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD	

ALCALDIA DE EL PEÑOL

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 8515851	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	27	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Administración municipal				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
	FECHA DE INGRESO						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

	DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD											
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8586708	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PEÑOL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PEÑOL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8517333	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Administración Municiapal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ACUMULATIVO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2195162	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO - LEY 85	*DEPENDENCIA* AREA DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL DE						*DIRECCIÓN* Sede Principal: Calle 67 # 53 - 108					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO ACUMULATIVO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2195162	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	05	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO - LEY 85	*DEPENDENCIA* AREA DE EXTENSION Y PROYECCION SOCIAL DE						*DIRECCIÓN* Sede Principal: Calle 67 # 53 - 108					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA												
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839794	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION LOCAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* Parque principal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN RAFAEL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SAN RAFAEL	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA											
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA - HOMO											
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* BELLO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4547474	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECCIONAL DE SALUD						*DIRECCIÓN* CAD Alpujarra				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA												
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA												
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3839810	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PROFESIONAL -	*DEPENDENCIA* FACULTAD DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* Universidad de Antioquia - facultad de enfermería					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA DE BETULIA ANTIOQUIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8436157	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 20N ° 24 -14						

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	9	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Cañasgordas, 25 de junio 2025

Juan Carlos Pena H.

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.

Cañasgordas, 25 de junio 2025

Ciudad y fecha

Katerine Córdoba C.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS