El servicio público es de todos | Función Pública

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
ARCINIEGAS	ENRIQUEZ	ESTEFANNE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) **No.** 1130606186

SEXO F (●) M ( ) **NACIONALIDAD** COL. (●) EXTRANJERO ( ) **PAÍS** Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 09 MES 05 AÑO 1986
PAÍS Colombia
DEPTO Putumayo
MUNICIPIO PUERTO ASÍS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
CRA 115 # 11-301 CASA 26
PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca
MUNICIPIO CALI
TELÉFONO 3420489 EMAIL stefy905@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: bachiller comercial
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2003
									X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		FISIOTERAPIA	06	2009	
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	12	2011	

experiencia laboral

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	estefanne.arciniegas@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5141190	DÍA 12 MES 06 AÑO 2019	DÍA 31 MES 07 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTADOR DE SERVICIOS CONTRATO DE PRESTADOR DE SERVICIOS	FOMENTO	calle 9 carrera 37A-01

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN	X		Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** estefanne.arciniegas@cali.gov.co
TELÉFONOS 5141190	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 23 **MES** 01 **AÑO** 2019		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 05 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO PRESTADOR DE SERVICIOS CONTRATO DE PRESTADOR DE SERVICIOS	**DEPENDENCIA** FOMENTO		**DIRECCIÓN** calle 9 carrera 37A-01

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** estefanne.arciniegas@cali.gov.co
TELÉFONOS 5141190	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 02 **MES** 02 **AÑO** 2018		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2018
CARGO O CONTRATO PRESTADOR DE SERVICIOS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**DEPENDENCIA** FOMENTO		**DIRECCIÓN** calle 9 carrera 37A-01

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** estefanne.arciniegas@cali.gov.co
TELÉFONOS 5141190	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 23 **MES** 05 **AÑO** 2017		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 29 **MES** 12 **AÑO** 2017
CARGO O CONTRATO PRESTADOR DE SERVICIOS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**DEPENDENCIA** FOMENTO		**DIRECCIÓN** calle 9 carrera 37A-01

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CIMDO- CENTRO INTEGRAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR OSTEOMUSCULAR	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** stefy905@gmail.com
TELÉFONOS 3152708763	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 08 **MES** 08 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 01 **MES** 08 **AÑO** 2014
CARGO O CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**DEPENDENCIA** CONSULTA EXTERNA		**DIRECCIÓN** CALLE 5B # 26-65

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE INCOMPATIBILIDAD 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 _____

_____
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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