



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 DELGADO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CERON		NOMBRES CRISTIAN CAMILO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1085282862		GÉNERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 1085282862		D.M. 23	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 09 MES 06 AÑO 1990 PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO MUNICIPIO PASTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 20 A 1 E 10 PISO 2 LAS MERCEDES PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO MUNICIPIO PASTO TELÉFONO EMAIL camilo900609@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2007
										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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL							
		SI	NO		MES	AÑO								
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	09	2021								
PREGRADO	10	X		SOCIOLOGÍA	12	2016								

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 COMPLETO

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

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 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL "LA GOTERA"	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO									
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:								
ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES									
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:				
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:								
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION									
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:				
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:								
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION									
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:				
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:								
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION									
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:				
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

### PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS

Nombre del Proyecto:	Rol Desempeñado en el Proyecto:	Nombre de la Entidad / Organización:
EL CUERPO DE LA MUJER, UN TERRITORIO DE PAZ: VOCES, COTIDIANIDAD Y EXPERIENCIA. UNA	INVESTIGADOR	UNIVERSIDAD DE NARIÑO
País de Residencia:	Departamento:	Municipio:
COLOMBIA	NARIÑO	PASTO
Fecha Inicio:	Fecha Final:	
Día: Mes: Año:	Día: Mes: Año:	
01 03 2013	30 09 2016	
Nombre del Proyecto:	Rol Desempeñado en el Proyecto:	Nombre de la Entidad / Organización:
MORFOLOGÍA SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON ORIENTACIÓN SEXUAL DIVERSA EN SAN JUAN DE	INVESTIGADOR	UNIVERSIDAD DE NARIÑO
País de Residencia:	Departamento:	Municipio:
COLOMBIA	NARIÑO	PASTO
Fecha Inicio:	Fecha Final:	
Día: Mes: Año:	Día: Mes: Año:	
01 10 2011	31 10 2012	

6

### 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 AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	07	Mes	02	Año	2025	Día	05	Mes	05	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SUBDIRECCION TERRITORIAL						DIRECCIÓN CARRERA 38 18 93 BARRIO PALERMO				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	12	Mes	01	Año	2024	Día	17	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBDIRECCION TERRITORIAL						DIRECCIÓN CARRERA 38 18 93 BARRIO PALERMO				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	07	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBDIRECCION TERRITORIAL						DIRECCIÓN CARRERA 38 18 93 BARRIO PALERMO				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	22	Mes	02	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBDIRECCION TERRITORIAL						DIRECCIÓN CARRERA 38 - 18 93 BARRIO PALERMO				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 4377630		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	12	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBDIRECCION DE RESTABLECIMIENTO DE						DIRECCIÓN AVENIDA 68 - 64C 75 BOGOTÁ				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 4377630		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	27	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SUBDIRECCION DE RESTABLECIMIENTO DE						DIRECCIÓN AVENIDA 68 - 64C 75 BOGOTÁ				

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4377630				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	28	Mes	02	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA SUBDIRECCION DE RESTABLECIMIENTO DE				DIRECCIÓN AVENIDA 68 - 64C 75 BOGOTÁ							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7305780				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	17	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA GRUPO ASISTENCIA TECNICA				DIRECCIÓN CALLE 23 - 3 BARRIO MERCEDARIO - PASTO							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7307580				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	16	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA				DIRECCIÓN CALLE 23 - 3 BARRIO MERCEDARIO - PASTO							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7307580				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	15	Mes	03	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA				DIRECCIÓN CALLE 23 - 3 BARRIO MERCEDARIO - PASTO							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	13	Mes	01	Año	2016	Día	16	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA ACR				DIRECCIÓN CALLE 13 - 30A 26 BARRIO SAN IGNACIO - PASTO							



# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5932211			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	01	Año	2015	Día	18	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ACR					DIRECCIÓN CALLE 13 - 30A 26 BARRIO SAN IGNACIO - PASTO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6397777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	05	Año	2013	Día	30	Mes	09	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL MONITOR SAME			DEPENDENCIA ORGANIZACION NO GUBERNAMENTAL					DIRECCIÓN CARRERA 43 N 93 B 46 BOGOTÁ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL "LA GOTERA"				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2012	Día	31	Mes	03	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL SOCIOLOGO-ANALISIS CUALITATIVO			DEPENDENCIA ORGANIZACIONES SOCIALES					DIRECCIÓN CARRERA 34 - 19A 19 BARRIO PARANÁ - PASTO						

7

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)

8

### 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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

9

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI    NO    ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

10

### 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*