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
ULLOA	CHACON	ARELIS CATALINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37556373	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 03 AÑO 1978	CARRERA 7N ? 1 - 78 SANTA MARTA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CESAR
DEPTO	CESAR	MUNICIPIO	RÍO DE ORO		
MUNICIPIO	RÍO DE ORO	TELÉFONO	0375619453	EMAIL	arecata02@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1995

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	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	12	2009	
PREGRADO	10	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO	12	2002	4956

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)

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 ALCALDIA MUNICIPAL RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIAºMUNICIPAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 3N º 1 D -09						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD GALENOS IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN ALBERTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3178886919	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 4N º 3 -26						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* OCAÑA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5696757	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCOR SALUD	*DEPENDENCIA* CIES-INSTRUCTOR					*DIRECCIÓN* CALLE 12 2 40 Barrio El Tamaco						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* OCAÑA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5696757	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCOR SALUD	*DEPENDENCIA* CIES-INSTRUCTOR					*DIRECCIÓN* CALLE 12 2 40 Barrio El Tamaco						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1972 INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* APOYO ADFMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 12 10 40 BARRIO EL TAMACO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DEL RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 626 2006 BACTERIOLOGA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMININSTRATIVO Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 1 3 24 AVENIDA ARAUJO COTES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654704	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 170/2007/INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 1 1 km 1 via Bucaramanga						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DEL RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES DE APOYO SALUD PUB	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 1 3 24 AVENIDA ARAUJO COTES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5657290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 13272 DOCENTE PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE LA EDUCACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 6 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3N ° 1 D - 09						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5657290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5425 DOCENTE PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE EDUCACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 6 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5657290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 13272 DOCENTE PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* EDUCACION AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 6 97						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION SINDICAL DE ORTOPEDISTAS Y TR ASOTOC			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6435518	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 62N º 30 - 35					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - SAN ALBERT			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN ALBERTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5645021	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HUMANUS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 5 30A 56 HOSPITAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COESPROSALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3003150789	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 5N º 30 A - 56					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVIFACAM S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* AGUACHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2011	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 5N º 30 A -56					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DEL RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5619519	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	12	*Año*	2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA EN SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 1 3 24 AVENIDA ARAUJO COTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2008	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR LOCAL DE SALUD	*DEPENDENCIA* AREA EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 1D 9 PARQUE PRINCIPAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASERGAD E.U			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN ALBERTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3107286661	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES EXTRAMURALES					*DIRECCIÓN* CALLE 2N º 6 B - 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - SAN ALBERT			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* SAN ALBERTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5645021	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2005	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	*DEPENDENCIA* SERVICIO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 2 6B 40 Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL RIO DE ORO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* RÍO DE ORO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5619130	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2003	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 3N 1D 9						

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 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	MUNICIPIO OCAÑA				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	06	Mes:	03	Año:	2024	Día:	06	Mes:	12	Año:	2024
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO						DIRECCIÓN CALLE 12 10 40 BARRIO EL TAMACO					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CESAR	MUNICIPIO AGUACHICA				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	10	Mes:	08	Año:	2023	Día:	16	Mes:	12	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO						DIRECCIÓN CARRERA 40 1 0 Km 1 vÍA Bucaramanga					

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	12	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12	8
EXPERIENCIA DOCENTE	1	1

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 Ocaña, Norte de Santander 02/01/2026

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.

San José de Cúcuta, 08 de enero 2026

Ciudad y fecha

Firmado digitalmente por HUGO LEON TABORDA OCAMPO
Fecha: 2026.01.08 16:18:32 -05'00'

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS