Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



ENTIDAD RECEPTORA

NIT – 8909811096

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TOVAR	**ESTRADA**	**LEIMYS**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1102231888**

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: **COLOMBIA**

LIBRETA MILITAR: ***NO***

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA **16** MES **04** AÑO **1993**

DEPTO **SUCRE**

MUNICIPIO **SAN BENITO ABAD**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 23 # 18 – 25 LA TRAVESIA

PAÍS **COLOMBIA** DEPTO **ANTIOQUIA**

MUNICIPIO **MONTEBELLO**

TELÉFONO **3024580278** Email **leimys.tovar@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 ACADÉMICO***
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES **10** AÑO **2010**

EDUCACION 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		**PSICÓLOGO**	12	2012	**278601**
Diplomado	**110 horas**	X		**PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**	06	2021	
Curso	**16 horas**	X		**TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA AVANZADA**	11	2021	
Pasantías	**8 meses**	X		**PSICOLOGÍA CLÍNICA**	12	2021	
Curso	**48 horas**	X		**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS**	10	2015	

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
INGLES	**X**			**X**			**X**		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACIÓN CARLA CRISTINA		**X**	**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	**FREDONIA**	**talentohumano@carlacristina.org**

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
475-14-80 / 3016384134	DÍA 10 MES 04 AÑO 2024	**DÍA** 22 **MES** 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL		
AGENTE EDUCATIVO PSICOSOCIAL	*Dirección*: **CARRERA. 42 # 46 - 58**	**BARRIO LA CANDELARIA**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACIÓN FUNAFAC		**X**	**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CORDOBA	**COTORRA**	**fundacionfunafac@gmail.com**

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3022077154	DÍA 01 MES 02 2022	DÍA 31 MES 10 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO		
PSICÓLOGO DEL AREA PSICOSOCIAL	*DIRECCIÓN:* **CALLE 20 carrera 13 a 69**	**COTORRA CÓRDOBA**

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	**X**		**COLOMBIA**

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO:*	***CORREO:***
ANTIOQUIA	**MONTEBELLO**	**gerencia@esehospitalmontebelloant.gov.co**

TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8480558 - 3148819359	08 09 2025	31 12 2025

CARGO O CONTRATO				
COORDINADOR - PIC	***DIRECCIÓN:***	***car. 18***	***N° 18-85***	***sector la travesía***

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	**1**	**4**
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	**1**	**8**
INDEPENDIENTE	1	
TOTAL	**4**	

5 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 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).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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