Libertad y Orden

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 |
|---|---|---|
| BECERRA | BECERRA | MARIBEL |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1052408374

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 07 MES 10 AÑO 1996

PAÍS: Colombia

DEPTO: Boyacá

MUNICIPIO: Duitama

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Carrera 5 # 3-116

PAÍS: Colombia DEPTO: Boyacá

MUNICIPIO: Ramiriqui

TELÉFONO: 3118610242 EMAIL: maribelbecerra94@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 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X |

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Técnico

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2012

**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 | 2017 | 187665 |
| TC | 4 | X | | Técnico Profesional en Procesos Administrativos de Salud | 07 | 2018 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingles | X | | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | |



Powered by CamScanner

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | *FECHA DE RETIRO* |
| | DÍA MES AÑO | | DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| | | | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| FUNDATER - ICBF | X | | Colombia |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| Boyacá | Ramiriqui | | Fundacionactivaterritorio@gmail.com |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | *FECHA DE RETIRO* |
| 3102634249 | DÍA 16 MES 07 AÑO 2024 | | DÍA 31 MES 12 AÑO 2024 |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| Profesional Psicosocial | Atrapasueños | | CL 7 6 62 BRR PURA C |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| Fundación Activa Territorio E.S.A.L | X | | Colombia |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| Boyacá | Ramiriqui | | Fundacionactivaterritorio@gmail.com |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | *FECHA DE RETIRO* |
| 3102634249 | DÍA 17 MES 07 AÑO 2023 | | DÍA 18 MES 12 AÑO 2023 |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| Psicóloga | Centro vida | | CL 7 6 62 BRR PURA C |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| E.S.E Hospital San Vicente de Ramiriqui | X | | Colombia |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| Boyacá | Ramiriqui | | Grupoempresarialgyr@gmail.com |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | *FECHA DE RETIRO* |
| 3132955833 | DÍA 02 MES 04 AÑO 2023 | | DÍA 31 MES 07 AÑO 2023 |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |
| Psicóloga | PIC y Programa Discapacidad | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .



Powered by CamScanner

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.

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 5 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* Ramiriqui; Enero 2026

*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*



Powered by CamScanner