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
Amaya	Arias	Ana Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 37724987

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 13 MES 04 AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

MUNICIPIO Bucaramanga

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Diagonal 61b # 22-31 apto (202)

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá, D.C.

TELÉFONO 3175657196 EMAIL acamayaa@unal.edu.co

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1995
										X	

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		Psicología	09	2004	173802
ES	4	X		Teorías, métodos y técnicas en invest. social	12	2008	
MG	4	X		Epidemiología Clínica	09	2014	
DOC	7	X		Epidemiología	11	2023	

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
Inglés			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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Ministerio de Salud y la protección social	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* correo@minsalud.gov.co
TELÉFONOS 601 330 5000	*FECHA DE INGRESO* DÍA 09 MES 04 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista	*DEPENDENCIA* Sub enfermedades no transmisibles		*DIRECCIÓN* Cra 13 # 32-76
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto de evaluación tecnológica en salud	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contacto@iets.org.co
TELÉFONOS 318 335 5525	*FECHA DE INGRESO* DÍA 19 MES 02 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA 18 MES 07 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Epidemióloga- contratista	*DEPENDENCIA* Generación de evidencia científica		*DIRECCIÓN* Cra. 45 #108a-50 Oficina 401
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto de evaluación tecnológica en salud	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contacto@iets.org.co
TELÉFONOS 318 335 5525	*FECHA DE INGRESO* DÍA 17 MES 10 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA 16 MES 02 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Epidemióloga- contratista	*DEPENDENCIA* Generación de evidencia científica		*DIRECCIÓN* Cra. 45 #108a-50 Oficina 401
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto de evaluación tecnológica en salud	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contacto@iets.org.co
TELÉFONOS 318 335 5525	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 01 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA 05 MES 07 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Epidemióloga- contratista	*DEPENDENCIA* Generación de evidencia científica		*DIRECCIÓN* Cra. 45 #108a-50 Oficina 401

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*
Universidad de Antioquia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Medellín	informaciónlaboral@udea.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
604 2195286	DÍA 21 MES 01 AÑO 2022	DÍA 01 MES 08 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesor(a) de Cátedra- Consultoría	Facultad de Medicina	Calle 67 No. 53-108, bloque 16, of 108

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad de Antioquia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Medellín	informaciónlaboral@udea.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
604 2195286	DÍA 07 MES 12 AÑO 2021	DÍA 31 MES 01 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	Facultad de Medicina	Calle 67 No. 53-108, bloque 16, of 108

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad de Antioquia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Medellín	informaciónlaboral@udea.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
604 2195286	DÍA 25 MES 01 AÑO 2018	DÍA 10 MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	Facultad de Medicina	Calle 67 No. 53-108, bloque 16, of 108

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad de Antioquia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Medellín	informaciónlaboral@udea.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
604 2195286	DÍA 05 MES 07 AÑO 2017	DÍA 04 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	Facultad de Medicina	Calle 67 No. 53-108, bloque 16, of 108

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

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*
Universidad Católica Luis Amigó		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Medellín	ucatolicaluisamigo@amigo.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
604 4487666	DÍA 25 MES 07 AÑO 2019	DÍA 11 MES 29 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente medio tiempo	Facultad de Psicología	Transv. 51a # 67b-90

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Católica Luis Amigó		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Antioquia	Medellín	ucatolicaluisamigo@amigo.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
604 4487666	DÍA 01 MES 24 AÑO 2019	DÍA 29 MES 05 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente tiempo completo	Facultad de Psicología	Transv. 51a # 67b-90

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Un Ensayo para mí		X	Argentina (Remoto)

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Buenos Aires	Buenos Aires	mhinojosa@unensayoparami.org

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
+54 9 223 562-9885	DÍA 02 MES 01 AÑO 2023	DÍA 30 MES 01 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Asistente a la comunidad, ensayo clínico	Ensayo clínico ZEUS	Remoto

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá, D.C.	uniadm_fmbog@unal.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
60 13165000 EXT: 15121-15123	DÍA 01 MES 11 AÑO 2023	DÍA 30 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista - OPS 56	Facultad de Medicina	Av. Carrera 30 # 45-03

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

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*
Alcaldía de Bucaramanga	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Santander	Bucaramanga	mjrodrigueza@bucaramanga

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6337000 EXT. 383	DÍA 28 MES 09 AÑO 2016	DÍA 27 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	DADEP	Cra. 11 # 34-52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Alcaldía de Bucaramanga	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Santander	Bucaramanga	juridica@imebu.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6706464	DÍA 19 MES 04 AÑO 2016	DÍA 19 MES 08 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	IMEBU	Cl. 48 #28 - 40

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Sociedad Colombiana de Anestesiología		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	lm.gomez@scare.org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6196077	DÍA 01 MES 07 AÑO 2014	DÍA 21 MES 10 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Jefe de Promoción y Prevención	Centro de desarrollo tecnológico	Cra. 15a #120-74

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	invescli_fmbog@unal.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3165000 est 15186	DÍA 18 MES 05 AÑO 2013	DÍA 09 MES 09 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista. ODS 56	Instituto de Investigaciones Clínicas	Cra 30 No 45-06 Fac Medicina (107)

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

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*
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	viceinv_fmbog@unal.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3165000 est 15119	DÍA 11 MES 05 AÑO 2012	DÍA 03 MES 08 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista. ODS 56	Instituto de Investigaciones Clínicas	Cra 30 No 45-06 Fac Medicina (107)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	invescli_fmbog@unal.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3165000 est 15186	DÍA 19 MES 04 AÑO 2012	DÍA 19 MES 08 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista. ODS 541	Instituto de Investigaciones Clínicas	Cra 30 No 45-06 Fac Medicina (107)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	invescli_fmbog@unal.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3165000 est 15186	DÍA 15 MES 02 AÑO 2012	DÍA 10 MES 06 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente Ocasional: Met. Investigación	Instituto de Investigaciones Clínicas	Cra 30 No 45-06 Fac Medicina (107)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Nacional de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	invescli_fmbog@unal.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3165000 est 15186	DÍA 22 MES 11 AÑO 2011	DÍA 22 MES 05 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista. ODS 1624	Instituto de Investigaciones Clínicas	Cra 30 No 45-06 Fac Medicina (107)

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

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*
Fundación Universitaria Los Libertadores		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	DECAPSICO@cit.ulibertadores.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2544750 Exts. 3301 y 3302	DÍA 01 MES 08 AÑO 2011	DÍA 08 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente	Facultad de Psicología	Carrera 16 Nº 63A-68

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Manuela Beltrán		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5460600 ext 11110	DÍA 09 MES 02 AÑO 2009	DÍA 10 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente Investigador	Facultad de Psicología	Av. Circunvalar No 60-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad de Santander		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Santander	Bucaramanga	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6516500	DÍA MES 01 AÑO 2008	DÍA 30 MES 11 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente	Facultad de Psicología	Calle 70 No 55-210

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Pontificia Bolivariana		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Santander	Bucaramanga	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6796220	DÍA 15 MES 07 AÑO 2007	DÍA 31 MES 12 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional de Apoyo	Departamento de Extensión	Autopista a Piedecuesta Km 7.

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

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
Aliviar Ltda Clínica de Dolor		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Bucaramanga	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6384160 ext 1935	DÍA 07 MES 01 AÑO 2007	DÍA 30 MES 06 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Clínica de Dolor	Cra 24 No 156-106

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
C&M Consultores		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Vichada	Puerto Carreño	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6296561	DÍA 11 MES 08 AÑO 2006	DÍA 10 MES 12 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Supervisor de Campo		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Hogares Claret		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Piedecuesta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6550190	DÍA 13 MES 10 AÑO 2005	DÍA 30 MES 06 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Casa de Menores	Cra 6 No 6-66

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Asociación Cristiana de Jóvenes		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	Bucaramanga	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6351652	DÍA 18 MES 01 AÑO 2005	DÍA 17 MES 06 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicóloga	Centro de Atención Especializada	Cra 24 No 35-12

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

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 (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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS