



## FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Osorno                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Perez                            | NOMBRES *<br>Margarita Maria                                                                                                                             |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 43364905 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                   | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                             | NÚMERO                                                             | D.M.                                                                                                                                                     |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 24 MES 04 AÑO 1980<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO ANTIOQUIA<br>MUNICIPIO SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 51B 46B 38<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA<br>MUNICIPIO SAN PEDRO DE LOS<br>TELÉFONO<br>EMAIL mop1980@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 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  |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | PSICOLOGO                                | 11          | 2018 | 192532                     |

ESPECIFIQUE 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                             |  |                                        |    |              |    |                            |      |                  |    |     |    |     |      |
|------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|----|--------------|----|----------------------------|------|------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>POLITECNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID        |  |                                        |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                              |  | MUNICIPIO<br>MEDELLIN                  |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3192875648                                                |  | FECHA DE INGRESO                       |    |              |    | FECHA DE RETIRO            |      |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                        |  | Día                                    | 10 | Mes          | 04 | Año                        | 2021 | Día              | 30 | Mes | 04 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1069/2009 PSICOLOGA                         |  | DEPENDENCIA<br>APOYO PSICOLOGICO       |    |              |    | DIRECCIÓN                  |      |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                             |  |                                        |    |              |    |                            |      |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SANTA ISABEL -SAN PEDRO DE LOS MILAGROS  |  |                                        |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                              |  | MUNICIPIO<br>SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8687610                                                   |  | FECHA DE INGRESO                       |    |              |    | FECHA DE RETIRO            |      |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                        |  | Día                                    | 02 | Mes          | 06 | Año                        | 2019 | Día              | 29 | Mes | 11 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ACOMPAÑANTE ATENCION PSICOSOCIAL            |  | DEPENDENCIA<br>APOYO PSICO-SOCIAL      |    |              |    | DIRECCIÓN                  |      |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                             |  |                                        |    |              |    |                            |      |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS - ANTIOQUIA |  |                                        |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                              |  | MUNICIPIO<br>SAN PEDRO DE LOS MILAGROS |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3104913001                                                |  | FECHA DE INGRESO                       |    |              |    | FECHA DE RETIRO            |      |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                        |  | Día                                    | 12 | Mes          | 04 | Año                        | 2018 | Día              | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ACOMPAÑANTE ATENCION PSICOSOCIAL            |  | DEPENDENCIA<br>APOYO PSICOLOGICO       |    |              |    | DIRECCIÓN                  |      |                  |    |     |    |     |      |

4

### 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 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.

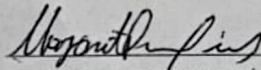
| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 3                     | 9     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 3                     | 9     |

**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 SAN PEDRO DE LOS MILAGROS ZWIGGOIA 07/23/2026



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