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*
PÉREZ	GRANADOS	CRISTIAN CAMILO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 74.184.279

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( )

PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 74184279 D.M 8

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 23 MES 06 AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Sogamoso

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 17 # 16-14

PAÍS Colombia DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Sogamoso

TELÉFONO 3176810907 EMAIL ccpgranados@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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X — MES 12 AÑO 1996

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*
Virtual	10	X		Administrador de Empresas	07	2025	

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

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: E.S.E. Centro de Salud de Pisba	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	*MUNICIPIO*: Pisba	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: esedepisbaboyaca2018@gmail.com	
TELÉFONOS: 311 2316791	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 09 MES 01 AÑO 2026	*FECHA DE RETIRO*: DÍA 19 MES 01 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Contratista	*DEPENDENCIA*: Gerencia	*DIRECCIÓN*: Centro, Pisba - Boyacá	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E. Centro de Paya	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	*MUNICIPIO*: Paya	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerencia@ese-beteitiva-boyaca.gov.co	
TELÉFONOS: 3023791952	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 14 MES 10 AÑO 2025	*FECHA DE RETIRO*: DÍA 30 MES 11 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO: Contratista	*DEPENDENCIA*: Gerencia	*DIRECCIÓN*: Centro, Paya - Boyacá	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E. Centro de Pisba	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	*MUNICIPIO*: Pisba	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: esedepisbaboyaca2018@gmail.com	
TELÉFONOS: 311 2316791	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 14 MES 10 AÑO 2025	*FECHA DE RETIRO*: DÍA 30 MES 11 AÑO	
CARGO O CONTRATO: Contratista	*DEPENDENCIA*: Gerencia	*DIRECCIÓN*: Centro, Pisba - Boyacá 2025	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E. Centro de Pisba	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	*MUNICIPIO*: Pisba	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: esedepisbaboyaca2018@gmail.com	
TELÉFONOS: 311 2316791	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 23 MES 10 AÑO	*FECHA DE RETIRO*: DÍA 03 MES AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO: Contratista	*DEPENDENCIA*: Gerencia 2025	*DIRECCIÓN*: Centro, Pisba - Boyacá 11	

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	07	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	08	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	20	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	35	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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 01 Julio de 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