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*
MOPAN	PERDOMO	YERLY PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1084924516	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 04 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO ÍQUIRA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CENTRO POBLADO VALENCIA DE LA PAZ

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO ÍQUIRA

TELÉFONO 3223923815 EMAIL yerlymopan30@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*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2013	
PREGRADO	3	X		TECNICO EN PROGRAMACION DE SOFTWARE	11	2010	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		TOMA Y TRANSPORTE DE CITOLOGIA CERVICO-UTERINA	11	2024
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DE DDENGUE	11	2024
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	25	X		TRATO MATERNO Y NEONATAL RESPETUOSO	11	2024
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1	X		PRECAUCIONES BASICAS: HIGIENE DE MANOS (COVID 19)	11	2024
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	2	X		COMUNICACION DE CRISIS RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS Y DE LA VACUNACION: ORIENTACIONES TECNICAS	11	2024
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	2	X		COMUNICACION DE CRISIS RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DE LAS VACUNAS Y DE LA VACUNACION: ORIENTACIONES TECNICAS	11	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD	11	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	11	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION - PAI	10	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	10	2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		PRIMEROS AUXILIOS CON RCP Y DEA	10	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		ATENCION PREHOSPITALARIA - APH	10	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		SEGURIDAD DEL PACIENTE	09	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS	09	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	09	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		TOMA, CONSERVACION Y TRASPORTE DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	09	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		SOPORTE VITAL BASICO - BLS/DEA	08	2024
CENTRO DE FORMACION E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		GESTION Y MANEJO DEL DUELO	08	2024

4 **IDIOMAS**

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*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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 ALCALDIA DE IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3223923815	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2026	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO CULTURA Y DEPORTE	*DEPENDENCIA* CULTURA Y DEPORTE					*DIRECCIÓN* CALLE 4 No. 6 - 29					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A CULTURA Y DEPORTE	*DEPENDENCIA* CULTURA Y DEPORTE					*DIRECCIÓN* CALLE 4 6 29					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3223923815	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año* 2025	*Día*	07	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROMOTOR EN SALUD	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION FAMILIAS Y COMUNIDADES					*DIRECCIÓN* Iquira					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3223923815	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO CULTURA Y DEPORTE	*DEPENDENCIA* AREA CULTURAL Y DEPORTIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 6 29					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOÑADORES DEL TRIUNFO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3229459809	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Vereda el Triunfo-Corregimiento el Caguan					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NSB DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8641144	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 10 11 Barrio Altico					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL AMOR Y VIDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6088666808	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* calle 8 No. 10-24 barrio altico					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL AMOR Y VIDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6088666808	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* calle 8 No. 10-24 barrio altico					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN ESPECIALIZADA PARA LA PRIMERA INFANCIA JUVENTUD, NIÑEZ Y FAMILIA, FELIZ			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143255807	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 13 N° 7°-70 local 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN ESPECIALIZADA PARA LA PRIMERA INFANCIA JUVENTUD, NIÑEZ Y FAMILIA, FELIZ			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143255807	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 13 N° 7°-70 local 1					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NSB DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208033640	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 4 N°10-11 Barrio Altico Neiva					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NSB DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208033640	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 4 N°10-11 Barrio Altico Neiva					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NBS DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208033640	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 4 N°10-11 Barrio Altico Neiva					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NBS DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 4 N°10-11 Barrio Altico Neiva					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION NUTRICION SALUD Y BIENESTAR NBS DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Calle 4 N°10-11 Barrio Altico Neiva					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION SURCOLOMBIANA DE ALTOS ESTUDIOS KOINONIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3108184295	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION DE PROYECTOS SOCI	*DEPENDENCIA* COORDINACION DE PROYECTOS SOCIALES					*DIRECCIÓN* Calle 7 N°3-67 oficina 402					

6 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*					

7 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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 14 de agosto 2026

Cesly Patricia Ropan

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **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