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*
Rodríguez	*Torres*	*Leidy Carolina*

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No.1151959263

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 30 MES 01 AÑO ____

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

MUNICIPIO Cali

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 47ª # 3n-67

PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca

MUNICIPIO Cali

TELÉFONO 3152045224 EMAIL Carolina.rodriguez3016.w@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:* *Bachiller*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 01 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*
Universitaria	10	X		Psicología	Agosto	2012	174979
Postgrado - especialización	2	X		Psicología clínica con enfoque psicoanalítica	Noviembre	2019	No aplica
Maestría	4	X		Maestría en educación: Desarrollo humano	Noviembre	2025	No aplica

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)

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 *Colegio el Amparo*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Cali*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *economatocaliamparo@outlook.es*
TELÉFONOS *3163349712*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 25 MES 08 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 07 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL *Psicóloga escolar contrato a término fijo*	*DEPENDENCIA* *Administrativa*		*DIRECCIÓN* *Carrera 56 # 1-75*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD *Corpudesa*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*
DEPARTAMENTO *Cauca*	*MUNICIPIO* *Santander de Quilichao*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS *3206035744*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 16 MES 12 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DÍA 06 MES 06 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO *Psicóloga especialista, contrato por prestación de servicios*	*DEPENDENCIA* *Operador de ICBF*		*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD *Hogares Claret*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Cali*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *info.valle@fundacionhogaresclaret.org*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 23 MES 07 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DÍA 23 MES 11 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO *Psicóloga contrato a termino fijo*	*DEPENDENCIA* *Psicosocial*		*DIRECCIÓN* *Calle 18N # 10-60*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD *Corporación de desarrollo productivo*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Cali*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 10 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 10 MES 03 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO *Psicóloga contrato por prestación de servicios*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* *Carrera 1 # 26-85*	

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

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 *Fundación hogar del niño*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*	
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Guacarí*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *hogardelniñofundacion@gmail.com*	
TELÉFONOS *315-5772465*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 10 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 10 MES 03 AÑO 2021		
CARGO O CONTRATO ACTUAL *Jefe de área*	*DEPENDENCIA* *psicosocial*		*DIRECCIÓN* *:Carrera 7 # 28-25*		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD *Corporación de desarrollo productivo*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*	
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Cali*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS *3206035744*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 19 MES 07 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 12 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO *Psicóloga especialista, contrato por prestación de servicios*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* *Carrera 1 # 26-85*		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD **ONG Crecer en familia**		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*	
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Cali*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* *crecerenfamilia@hotmail.com*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 09 MES 02 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 16 MES 06 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO *Terapeuta ocupacional*	*DEPENDENCIA* *Psicosocial*		*DIRECCIÓN* *Carrera 27 # 6-26*		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD *Corporación de desarrollo productivo*		*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *Colombia*	
DEPARTAMENTO *Valle del Cauca*	*MUNICIPIO* *Cali*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 15 MES 08 AÑO 2018		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 12 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO *Psicóloga contrato por prestación de servicios*	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* *Carrera 1 # 26-85*		

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	9

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 20 de agosto del 2026

Leidy C. Rodriguez

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