FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Paredes	Torres	Jailen Brillyd

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121201948	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES 11 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO AMAZONAS

MUNICIPIO LETICIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1A ESTE 21 56 BARRIO AFASINTE

PAÍS COLOMBIA DEPTO AMAZONAS

MUNICIPIO LETICIA

TELÉFONO 3123580110 EMAIL jailenparedes22@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES	12	AÑO	2005

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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		CONTABILIDAD BÁSICA	03	2004

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*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CONTABILIDAD SITEMATIZADA	11	2005
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		INFORMÁTICA BASICA	03	2006
FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		SUTURA I Y II	09	2008
FUNCACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO YACCION "FUSDESA"	EDUCACIÓN INFORMAL	1800	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2009
GOBERNACION DE AMAZONAS DIRECCION DE SALUD DEPARTAMENTAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		TALLER ACTUALIZACION EN CADENA DE FRIO Y LINEAMIENTOS PAI 2012	06	2012
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CAPACITACION DEL SISTEMA UNICO DE INFORMACION NOMINAL DEL PAI	08	2012
VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PULICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		METODOS BASICOS EN EPIDEMIOLOGIA Y VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	10	2013
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		ACTUALIZACION EN SISTEMAS DE INFORMACION Y RED DE FRIO	04	2017
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD YSECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL AMAZONAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		CAPACITACION, INTRODUCCION DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS DE MANERA FRACCIONADA VIPF	11	2017
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		TALLER DE ASESORIA PRE Y POS PRUEBA PARA EL DIAGNOSTICO Y ATENCION INTEGRAL DE LA INFECCIONPOR VIH-SIDA	05	2019
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		RECOLECCION DE DATOS Y TRABAJO DE CAMPO, EN EL MARCO DEL PROYECTO SEROPREVALENCIA DE SARS-CoV-2 DURANTE LA PANDEMIA EN COLOMBIA ESTUDIO PAIS	09	2020
SECRETARIO DE SALUD DEL AMAZONAS Y EL COORDINADOR DE GRUPO DE GESTION INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES EMERGENTES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		TALLER DIAGNOSTICO CLINICO DE LA TRIQUIASIS TRACOMATOSA	09	2021
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE AMAZONAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		JORNADA DE ACTUALIZACION EN LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES CON ENFASIS EN FLUJOS MIGRATORIOS MIXTOS REFERENTES PAI AMAZONAS	11	2021

4 **IDIOMAS**

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*
ESPAÑOL			X			X			X

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DE AMAZONAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
984010	*Día*	26	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
049/2013 CONTRATISTA	AREA DE PAI	CALLE 10 null null 10-77

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DE AMAZONAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
985928089	*Día*	17	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA DE PAI	CALLE 10 10 77

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DE AMAZONAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
0985924010	*Día*	01	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA DE PAI	CALLE 10 10 77

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DE AMAZONAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
0985924010	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA DE PAI	CALLE 10 10 77

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	27	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PAI					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	27	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VIGILANCA EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	27	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	06	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VIGILANCA EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	25	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	08	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	08	*Año* 2013	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2013	*Día*	06	*Mes*	08	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	06	*Año* 2012	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 77						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE AMAZONAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0985924010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2012	*Día*	12	*Mes*	06	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 10 77						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 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

Jailen P. T.

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.

Bogotá, 27 de Agosto de 2026

Ciudad y fecha

TC. YIMI ANDRES GONZALEZ ROMERO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS