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
MARIN	RODRIGUEZ	ENITH LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 29684572	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 11 AÑO 1984	CARRERA 34 A # 26-39			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CALDAS
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	MANIZALES		
MUNICIPIO	PALMIRA	TELÉFONO	3117033922	EMAIL	lilisergio0829@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°	1X1°	MES	12	AÑO	2001

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	4	X		TECNOLOGO EN AGUA Y SANEAMIENTO	05	2011	17026-036000 CLD

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

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 DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117033922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO SALUD AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117033922	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	06	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO SALUD AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117033922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO SALUD AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117033922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO SALUD AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117033922	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO SALUD AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO SALUD AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8801620	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO SANEAMIENTO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8801620	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8801620	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO SANEAMIENTO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8783096	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	22	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8783096	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8783096	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD AMBIENTAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 21 29 29						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DTSC			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 49 26 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DTSC			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8801620	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	10	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 49 26 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DTSC			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 88016120	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	05	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 49 26 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783095	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 49 26 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DTSC			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8783033	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	07	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD AMBIENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 49 26 26					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __NO X__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 *MANIZALES 25/09/2026*

Liliana María P

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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