FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *RIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| NGARITA | ROJAS | LUZ ANGELICA |

| *OCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *GENERO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| .C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52421182 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

*BRETA MILITAR*
RIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

*ECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

ECHA DIA 30 MES 06 AÑO 1977

AÍS COLOMBIA

EPTO BOGOTÁ. D.C.

UNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 35A 5A 125 SUR Torres de Salerno 1 Torre 1 Apto 103

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3228822967 EMAIL luzangelicaangaritarojas@gmail.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***DUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

ARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN ASICA 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 | 1994 |

***DUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**:** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**S** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

ELACIONE 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* | |
| OSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES | 08 | 2009 | |
| REGRADO | 10 | X | | TERAPIA OCUPACIONAL | 05 | 2003 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***JCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*IGENCIE 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*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6628822967 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2026 | *Día* | 20 | *Mes* | 10 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL COMO TERAPEUTA OCU | *DEPENDENCIA*<br>"TERAPIA OCUPACIONAL" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 15 15A 33 EL ESTERO | | | | | |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6628822967 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 11 | *Año* | 2025 | *Día* | 11 | *Mes* | 03 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONALTERAPIA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*<br>"TERAPIA OCUPACIONAL" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 15 15A 33 EL ESTERO | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *MPRESA O ENTIDAD*<br>RECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *PARTAMENTO*<br>TA | *MUNICIPIO*<br>VILLAVICENCIO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *LÉFONOS*<br>28822967 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 06 | *Año* 2025 | *Día* | 15 | *Mes* | 11 | *Año* | 2025 |
| *RGO O CONTRATO ACTUAL*<br>NTRATISTA TERAPEUTA OCUPACIO | *DEPENDENCIA*<br>APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 15A 33 null | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *MPRESA O ENTIDAD*<br>nnasio Infantil House Baby | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *PARTAMENTO*<br>GOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *LÉFONOS*<br>9510 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 09 | *Año* 2011 | *Día* | 30 | *Mes* | 03 | *Año* | 2020 |
| *RGO O CONTRATO ACTUAL*<br>RAPIA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*<br>"TERAPIA OCUPACIONAL" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 11 135C 25 NORTE | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *MPRESA O ENTIDAD*<br>PHES ASOCIACION COLOMBIANA DE PADRES CON HIJOS PECIALES | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *PARTAMENTO*<br>GOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *LÉFONOS*<br>8009 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* 2005 | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* | 2006 |
| *RGO O CONTRATO ACTUAL*<br>RAPEUTA OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 186 7A 57 | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *STITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | |
| *PARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |
| *LÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *EA 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

DIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 9 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| 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 A 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* VILLAVICENCIO 20 DE OCTUBRE DE 2026

Angeli Angelita.

*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*