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
Niño	Acosta	Nikolle Daniela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1007375240	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES 07 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CASANARE

MUNICIPIO YOPAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14E 33 72

PAÍS COLOMBIA DEPTO CASANARE

MUNICIPIO YOPAL

TELÉFONO 3123761510 EMAIL ndanielaacosta@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	2017
										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	10	X		PSICOLOGIA	03	2023	263697

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)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		SEMINARIO INTERNACIONAL TRASTORNOS PSICOLÓGICOS NEUROPSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	10	2018
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ	EDUCACIÓN INFORMAL	2	X		CURSO EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	11	2022
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		CURSO MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE 2016: EXCEL	04	2023
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	6	X		CAPACITACIÓN EN LA APLICACIÓN DEL PAQUETE AUDIT- DIT PARA EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA APS	06	2023
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	6	X		CAPACITACIÓN EN LA APLICACIÓN DEL PAQUETE ASSIST-DIT DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE PARA EL CONSUMO RIESGOSO Y NOCIVO DE SUSTANCIAS	06	2023
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	80	X		CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	10	2023
SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE YOPAL	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		CURSO GUÍA DE INTERVENCIÓN MhGAP	12	2023
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN S.A.S	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI-	02	2024
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		CURSO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS PAPSIVI	02	2024
FUNCIÓN PÚBLICA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		CURSO MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG	02	2024
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO DE HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	02	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 EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DE DESARROLLO TERRITORIAL S.A			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 318-2014 APOYO A LA SUPERVISIO	*DEPENDENCIA* ´PROYECTOS					*DIRECCIÓN* CALLE 26 13 19					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUCION EDUCATIVA ISAAC NEWTON			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 26 33					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	16	*Mes*	01	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* ´PROYECTOS					*DIRECCIÓN* CALLE 26 13 19					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD IPS TERAPEUTICA INTEGRAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203731063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 71B 55 59					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION FREPAEN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* YOPAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143661959	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSICOSOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 12 65					

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

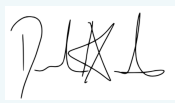
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 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 Bogotá, D.C. viernes 13 de noviembre de 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Bogotá 18/11/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS