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*
MARROQUIN	MOYANO	OLGA LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1069730588

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 12 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO VENECIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

LOTE 49 CASA LOS FUNDADORES

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO VENECIA

TELÉFONO EMAIL olgammoyano@hotmail.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	12	AÑO	2005
										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).

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 INFORMAL		X		TECNICO CON ESPECIALIDAD EN GESTION EMORESARIAL	12	2005

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*
FUNDACION JOSE VICENTE CARO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		SEMINARIO TALLER FACTURACION, AUDITORIAS Y CUENTAS MEDICAS	05	2013
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		BIOSEGURIADAD EN RESIDUOS SOLIDOS	10	2014
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		APOYO EN LA CERTIFICACION DE HABILITACION DE CENTRO DE SALUD DE VENECIA	12	2018
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		ADMINISTRACION DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL	12	2018
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		BASICO DE CONTABILIADAD COSTOS Y PRESUPUESTOS	08	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		CONTABILIDAD BASICA APLICADA	08	2020
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		ORGANIZACION DE ARCHIVOS DE GESTION	11	2020
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		ORGANIZACION DE ARCHIVOS ADMINISTRATIVOS	05	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		MANEJO BASICO DE LA HERREMIENTA DE HOJAS DE CALCULO EXCEL	12	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		TECNICO EN SISTEMAS	05	2023

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	08	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	09	*Año* 2026		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	06	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	07	*Año* 2026		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	05	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	05	*Año* 2026		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	04	*Año* 2026	*Día*	30	*Mes*	04	*Año* 2026		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	03	*Año* 2026		
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO PORVENIR						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86086068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	06	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8689068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204680331	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	12	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO AL AREA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* AREA DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 1 null null LOTE 61, BARRIO FUNDADORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 1 null null LOTE 61 ABRRIO FUNDADORES						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 1 null null LOTE 61 BARRIO FUNDADORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	12	*Año* 2023	*Día*	26	*Mes*	01	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	12	*Año* 2023	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6018686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 53 Barrio Porvenir						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	23	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 53 Barrio Porvenir						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 53 Barrio Porvenir						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* Calle 7 No.8-48, Arbelàez Cundinamarca					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	07	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686068	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* ARBELÁEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8681090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 53 BARRIO CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	09	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 56 BARRIO EL PORVENIR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	20	*Mes*	05	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* Calle 7 No.8-48, Arbelàez Cundinamarca						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	12	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	17	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	09	*Año* 2020	*Día*	07	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	07	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	03	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DOCUMENTAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0318686069	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4N 2 56 CENTRO VENECIA CUNDINAMARCA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES DE TRABAJO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VENECIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0312451316	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALTA PRODUCTIVIDAD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0312570040	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2008	*Día*	15	*Mes*	08	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROMOTOR DE VENTAS	*DEPENDENCIA* VENTAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 47N 93 87					

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	1	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ 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 _____

_____

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS