



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Herrera                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Quiceno                          | NOMBRES<br>Sandra Yamile                                                                                |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 55173868 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO                                      | D.M.                                                               |                                                                                                         |
| F<br>F<br>F<br>C<br>N                                                                                                                  |                                                                    |                                                                                                         |

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |            |    |    |    |       |     |                 |    |                   |      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|--|--|
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b><br>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 |    | BÁSICA SECUNDARIA |      |  |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                                                          |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |    |                   |      |  |  |
| 1°                                                                                                                                                                                                | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES             | 12 | AÑO               | 1992 |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |          |    |                                                            |             |      |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|----|------------------------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
| <b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b><br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br><b>TC</b> (TÉCNICA) <b>TL</b> (TECNOLÓGICA) <b>TE</b> (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) <b>UN</b> (UNIVERSITARIA)<br><b>ES</b> (ESPECIALIZACIÓN) <b>MG</b> (MAESTRÍA O MAGISTER) <b>DOC</b> (DOCTORADO O PHD)<br>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  |                            |
| POSTGRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO Y CONSTITUCIONAL | 04          | 2020 | 216687                     |
| PREGRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 12                      | X        |    | DERECHO                                                    | 06          | 2009 | 216687                     |

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 |
| INGLÉS |          | X |    |        | X |    |            | X |    |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                                         |  |  |                                             |              |     |         |     |                                           |     |    |     |    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|-------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                          |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>6017422121                                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                           |     |    |     |    |     |
|                                                                                   |  |  | Día                                         | 08           | Mes | 03      | Año | 2024                                      | Día |    | Mes |    | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SECRETARIA GENERAL                                     |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO- SECRETARIA GENERAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 64 28             |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                        |  |  |                                             |              |     |         |     |                                           |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD                           |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                          |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>7442000                                                              |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                           |     |    |     |    |     |
|                                                                                   |  |  | Día                                         | 02           | Mes | 09      | Año | 2022                                      | Día | 06 | Mes | 02 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR                                                 |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 68A - 24B 10 TORRE 3 |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                        |  |  |                                             |              |     |         |     |                                           |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD                           |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                          |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                           |     |    |     |    |     |
|                                                                                   |  |  | Día                                         | 02           | Mes | 01      | Año | 2024                                      | Día | 05 | Mes | 01 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SECRETARIA GENERAL SUPERINTE                           |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO SECRETARIA GENERAL  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 68A 24C 10 PISO 10   |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                        |  |  |                                             |              |     |         |     |                                           |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD                           |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                          |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                           |     |    |     |    |     |
|                                                                                   |  |  | Día                                         | 03           | Mes | 04      | Año | 2023                                      | Día | 05 | Mes | 04 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SECRETARIA GENERAL SUPERINTE                           |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO SECRETARIA GENERAL  |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 68A 24C 10 PISO 10   |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                        |  |  |                                             |              |     |         |     |                                           |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD                           |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                          |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                           |     |    |     |    |     |
|                                                                                   |  |  | Día                                         | 03           | Mes | 04      | Año | 2023                                      | Día | 05 | Mes | 04 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR DE CONTRATACION                               |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DE CONTRATACION    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 68A 24C 10 PISO 10   |     |    |     |    |     |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                       |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|-----------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD      |  |  |                                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                             |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                   | 02           | Mes | 01      | Año | 2023                                    | Día | 06 | Mes | 01 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SA    |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO SUPERINTENDENTE               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 68A 24B 10 PISO 10 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                       |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                             |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3008578721                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                   | 14           | Mes | 12      | Año | 2021                                    | Día | 30 | Mes | 07 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 13 - 32 76         |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                       |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                             |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3305000                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                   | 11           | Mes | 08      | Año | 2021                                    | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- Carrera 13 No. 32-76     |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                       |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                             |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3305000                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                   | 14           | Mes | 12      | Año | 2020                                    | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>OFICINA ASESORA DE PLANEACION          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- Carrera 13 No. 32-76     |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                       |              |     |         |     |                                         |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                       | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                        |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                             |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3305000                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                      |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                         |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                   | 05           | Mes | 12      | Año | 2019                                    | Día | 30 | Mes | 07 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>OFICINA ASESORA DE PLANEACION          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- Carrera 13 No. 32-76     |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                      |              |     |              |     |                                     |     |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|-------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                      | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                  | 12           | Mes | 09           | Año | 2019                                | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>OFICINA ASESORA DE PLANEACION         |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- Carrera 13 No. 32-76 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                      |              |     |              |     |                                     |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                      | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3305000                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                  | 24           | Mes | 01           | Año | 2019                                | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>OFICINA ASESORA DE PLANEACION         |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- Carrera 13 No. 32-76 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                      |              |     |              |     |                                     |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |  |  |                                                      | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3305000                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                  | 28           | Mes | 11           | Año | 2018                                | Día | 15 | Mes | 01 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>OFICINA ASESORA DE PLANEACION         |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>- Carrera 13 No. 32-76 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                      |              |     |              |     |                                     |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE        |  |  |                                                      | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5461500                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                  | 19           | Mes | 07           | Año | 2018                                | Día | 29 | Mes | 10 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>Calle 57 #869          |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |  |                                                      |              |     |              |     |                                     |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CASTAÑEDA CAMACHO & ASOCIADOS LTDA      |  |  |                                                      | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                 |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3007095731                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                     |     |    |     |    |     |      |
|                                                              |  |  | Día                                                  | 30           | Mes | 05           | Año | 2012                                | Día | 27 | Mes | 06 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVO                        |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>calle 53 2641          |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

### 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: |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |

5

### 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                | 2                     | 0        |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 6                     | 0        |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 3                     | 7        |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>11</b>             | <b>9</b> |

6

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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)

7

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*

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)