

[illegible]

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 ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalmilitar.gov.co	
TELÉFONOS 3486868 Ext. 5278	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 01 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA REHABILITACION	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 3ª # 49 - 00	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MEDICA IPS MARCO FIDEL SUAREZ	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.ipsmarcofidelsuarez.gov.co	
TELÉFONOS 7142239	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 10 AÑO 2006	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 12 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	DIRECCIÓN CALLE 49 SUR No. 14 A- 54	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE MEDICINA NAVAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.sanidadnaval.mil.co	
TELÉFONOS 3351200	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 05 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 02 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA REHABILITACIÓN	DIRECCIÓN CRA. 29 No. 39 A - 64	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE ESTIMULACIÓN Y DESARROLLO S.K	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.estimulacionsuperkids.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 02 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 06 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA TERAPIA OCUPACIONAL	DIRECCIÓN BARRIO LOS ANDES NTE	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

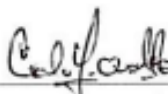
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
TERAPEUTA OCUPACIONAL	16	2

5 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).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co