

-4 1.7 m

FORMATO ÚNICO HO IN DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA									
								_	

Persona Natural

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

0-0	DATOS PERSONALES
-----	------------------

PRIMER APELLIDO OVALLE	SEGUNDO APELLIDO CHAPARRO	O (O DE CASADA) NOMBRES CIELO	YASMIN	Į.
C.C O C.E PAS No. 529	60612	SEXO F \odot M \bigcirc	NACIONALIDAD COL. SEXTRANJE	RO O	PAIS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE SEGUNDA CI	ASE O N	ÚMERO			D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DIA 3.0 MES 0.7 AÑ			ORRESPONDENCIA 66-72 int.3 apto 303		
DEPTO CUNDINAMARCA		AIS COLOM	BIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO BOGOTA		MUNICIPIO B	OGOTA	-	
	_ 1	reléfono 3	006160310	EMAIL	cieloovalleto@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

	1.6			
EDITION	CION	DA	CICA	Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10. A 60. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60. A 110. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA						BASIC	CA				TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO				
	В	RIMAR	YA.		5	ECUN	DARIA	1	ME	D/A	FECHA DE GRADO				
10.	20	30.	40.	50.	6a.	70.	80.	90.	10	11	MES 1,1 AÑO 1,9,9,8				

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA). TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA 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	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA
ACADÉMICA		SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES	AÑO				PROFESIONAL
UN	9	Х		TERAPEUTA OCUPACIONAL	05	2	0	0	4	52960612
		_				H	H	H		
							\vdash			
							\vdash			

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LC	L	OLE	E	LO ESCRIBE				
IDIOMA	R	В	MB	R	В	MB	R	В	MB
INGLES	X			X			X		
									T

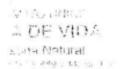
HOJA DE VIDA

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

EXPERIENCIA LABORAL

		\$10.000 to 10.000	(4177,622,011)				
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PR	RESTACION DE SERVICIOS EN EMPLEO O CONTRA			NOLOGICO COME	ENZANDO POR EL ACTUAL.		
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL		PÚBLICA X	PRIVAL	PAIS COLON	IBIA		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ			correo electrónico entidad www.hospitalmilitar.gov.co			
TELÉFONOS 3486868 Ext. 5278	DIA 0.8 MES 0.1	-	0 0 8	1	DE RETIRO S 1.0 AÑO 2.0.2.1		
CARGO O CONTRATO ACTUAL TERAPEUTA OCUPACIONAL	REHABILITACI			DIRECCIÓN	SAL 3 th # 49 - 00		
	EMPLEO O CONTRA	TO ANTERIOR	ž.				
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MEDICA IPS MARCO F	FIDEL SUAREZ	PÚBLICA X	PRIVAL	A PAÍS COLON	ИВІА		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.ipsmarcofidelsuarez.gov.c			
TELÉFONOS 7142239	DIA 2.8 MES 1.0		0, 0, 6	FECHA DE RETIRO DÍA 2, 9 MES 1, 2 AÑO 2, 0, 0, 7			
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	PROMOCIÓN Y	PREVEN	CIÓN	CALLE 49 SUR No. 14 A- 54			
	EMPLEO O CONTRA	TO ANTERIOR	t				
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE MEDICINA NAVAL		PÚBLICA X	PRIVA	COLON	IBIA		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ			correo electrónico entidad www.sanidadnaval.mil.co			
TELÉFONOS 3351200	DÍA 110 MES 015		0 0 5	FECHA DE RETIRO DÍA 2±8 MES 0±2 AÑO 2±0±0.7			
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	IÓN		DIRECCIÓN CRA. 29 No. 39 A - 64				
	EMPLEO O CONTRA	TO ANTERIOR	ł				
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE ESTIMULACIÓN Y	DESARROLLO S.K	PÚBLICA	PRIVA	7757555	OMBIA		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ			correo electrónico entidad www.estimulaciónsuperkids.co			
TELÉFONOS	DÍA 016 MES 012	1	0,0,7		DE RETIRO S 0, 6 AÑO 2, 0, 0, 7		
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	TERAPIA OCUI	PACIONA	L	BARRIO LOS ANDES NTE			

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





TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

	TIEMPO DE E	XPERIENCIA
OCUPACIÓN	AÑOS	MESES
TERAPEUTA OCUPACIONAL	16	2

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI O NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCON
PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA
CIÓN 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 50. 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 L	OS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.
NON	MBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co	