



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

| | | | |
|--|--|--|------|
| PRIMER APELLIDO Moreno | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Niranda | NOMBRES Angela Bibian | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> | SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | PAÍS |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> | | NÚMERO | D.M. |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DIA 20 MES 02 AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO. Tolima MUNICIPIO Armero | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 25 #20-45, amoral PAÍS Colombia DEPTO Meta MUNICIPIO Villavicencio TELÉFONO 3115643499 EMAIL bibianita220@gmail.com | |

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10. A 6a. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60. A 110. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico | |
|------------------|-----|-----|------------|-----|-----|-------|-----|-----|----|---|---|-------------|
| PRIMARIA | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | | | FECHA DE GRADO | |
| 1a. | 2a. | 3a. | 4a. | 5a. | 6a. | 7a. | 8a. | 9a. | 10 | X | MES | AÑO |
| | | | | | | | | | | | 11 | 1992 |

EDUCACIÓN 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), NG (MAESTRÍA O MAGISTER), DÓC (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 | |
| ESP | II | | X | Gerencia Social | | 2013 | |
| Esp. | II | R | | Gerencia de Proyectos | 07 | 2010 | |
| UN | II | X | | Economista | 09 | 2006 | 42270 |

ESPECIFIQUE 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)

EXPERIENCIA LABORAL

| | | | |
|---|---|---|-------------------------|
| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. | | | |
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Coopmiempresa | PÚBLICA | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO Villavicencio | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia.coopmiempresa@hotmail.com | |
| TELÉFONOS 662 9470 | FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 05 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO DÍA 16 MES 09 AÑO 2013 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Presidenta | DEPENDENCIA Comite Credito V/cio. | DIRECCIÓN Calle 41 # 31-23 Piso 3º. | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE Hospital El Dorado | PÚBLICA | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO El Dorado | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD shospitaldorad@gmail.com | |
| TELÉFONOS 3202130078 / 313-798224 | FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 01 AÑO 2013 | FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2013 | |
| CARGO O CONTRATO Asesor de Gerencia y Control Interno | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCIÓN Calle 6 # 3-24 Centro | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Servicio Nal. de Aprendizaje SEPA | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO Villavicencio | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS 682 5264 / 682 5403 | FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 02 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 06 AÑO 2012 | |
| CARGO O CONTRATO Pastora de Emprendimiento | DEPENDENCIA Dirección Regional | DIRECCIÓN Km 1. Vía Acacias | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Gobernación del Meta | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO Villavicencio | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asistenciamunicipalmeta.gov.co | |
| TELÉFONOS 662 5198 | FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 09 AÑO 2011 | FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 12 AÑO 2011 | |
| CARGO O CONTRATO Consultora | DEPENDENCIA Asistencia Municipal | DIRECCIÓN Pta 33 # 38-45 / 64. Piso | |

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. | | | |
|---|--|---|---|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Gobernación del Meta | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO Villavicencio | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ycardenase@meta.gov.co | |
| TELÉFONOS 664 4827 / 661 0226 | FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 05 AÑO 2008 | | FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 04 AÑO 2011 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Universitario | DEPENDENCIA Unidad de Estadísticas y Estudios | DIRECCIÓN Cra 33 # 3845 Piso 04 | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ESE Hospital Nivel 1 Pro. Rico | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO Puerto Rico | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS 659 6391 - 659 6150 | FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 04 AÑO 2007 | | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2007 |
| CARGO O CONTRATO Profesional Universitario | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCIÓN Calle 14 # 3-37 Centro | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Alcaldía de Lejanías | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Meta | MUNICIPIO Lejanías | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alcaldialejanias@hotmail.com | |
| TELÉFONOS 659 1034 | FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 01 AÑO 2006 | | FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 10 AÑO 2006 |
| CARGO O CONTRATO Almacenista General | DEPENDENCIA Despacho del Alcalde | DIRECCIÓN Cra 12 # 6-35 centro | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 |
| SERVIDOR PÚBLICO | 4 | 4 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | 3 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 6 | 7 |

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 BOB ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA SON

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS