



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

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: | |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|-----|------------------|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | x11 | MES | AÑO |
| | | | | | | | | | | | 11 | 1974 |

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 ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | | No. DE TARJETA PROFESIONAL | | |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|-----|---|----------------------------|---|------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | | | | |
| UN | 8 | X | | ECONOMISTA | 5 | 1 | 9 | 8 | 0 | 2705 |
| ES | 2 | X | | ESPECIALISTA EN FINANZAS | 12 | 1 | 9 | 9 | 8 | |
| ES | 2 | X | | DISEÑO Y EVALUACION DE PROYECTOS | 8 | 2 | 0 | 0 | 2 | |
| | | | | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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. | | | |
| <i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i> | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD DASSSALUD (Hoy secretaria de Salud) | | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> |
| | | PAÍS COLOMBIA | |
| DEPARTAMENTO SUCRE | MUNICIPIO SINCELEJO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ketty.stanford@gobernacion.gov.co | |
| TELÉFONOS 2800760-2812105 | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="24"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2012"/> | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DIVISION FINANCIERA | DEPENDENCIA DIVISION FINANCIERA | DIRECCIÓN CR 14 15ª-140 | |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i> | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD DASSSALUD (HOY SEC DE SALUD) | | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> |
| | | PAÍS COLOMBIA | |
| DEPARTAMENTO SUCRE | MUNICIPIO SINCELEJO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ketty.stanford@gobernacion.gov.co | |
| TELÉFONOS 2800760 | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/> | |
| CARGO O CONTRATO GERENTE ENCARGADA (INMERSO EN ELPERIODO ANTERIOR) | DEPENDENCIA DIRECCION | DIRECCIÓN CR 14 15ª-140 | |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i> | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> |
| | | PAÍS COLOMBIA | |
| DEPARTAMENTO SUCRE | MUNICIPIO SINCELEJO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ketty.stanford@gobernacion.gov.co | |
| TELÉFONOS 2800705-2800830 | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="1998"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="10"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2000"/> | |
| CARGO O CONTRATO DIRECTORA REGIONAL | DEPENDENCIA DIRECCION | DIRECCIÓN TRANS27 C 27A-21 | |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i> | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD LOTERIA LA SABANERA | | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> |
| | | PAÍS COLOMBIA | |
| DEPARTAMENTO SUCRE | MUNICIPIO SINCELEJO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ketty.stanford@gobernacion.gov.co | |
| TELÉFONOS 2806802-2801071-2800760 | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="1998"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="1998"/> | |
| CARGO O CONTRATO GERENTE | DEPENDENCIA DIRECCION | DIRECCIÓN DIRECCION | |

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)

3 EXPERIENCIA LABORAL

| | | | | |
|---|---|--|---------|-------------------------|
| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. | | | | |
| <i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i> | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD LOTERIA SABANERA | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO SUCRE | MUNICIPIO SINCELEJO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| TELÉFONOS 2806802-2801071-2800760 | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1992"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="1998"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBDIRECTORA ADM Y FINANCIERA | DEPENDENCIA SUBDIRECCION | DIRECCIÓN | | |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i> | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO SUCRE | MUNICIPIO SINCE | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| TELÉFONOS 895207- | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="1990"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="13"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="1991"/> | | |
| CARGO O CONTRATO TESORERA MUNICIPAL | DEPENDENCIA TESORERIA | DIRECCIÓN CR 11 No 8-10 | | |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i> | | | | |
| 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 | | |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i> | | | | |
| 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

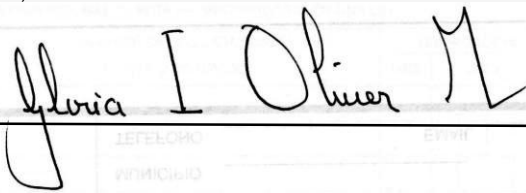
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | 17 | 2 |
| | | |
| | | |
| | | |

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI SÍ NO X 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 PUBLICO 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