



Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Maldonado		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Monroy		NOMBRES Amanda Piedad	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 63497331			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/>		SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO D.M.	

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 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	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN EDUCACION	04	2011	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN PROYECTOS DE DESARROLLO	08	1999	
PREGRADO	8	X		NUTRICION Y DIETETICA	08	1996	03361

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA -TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOYACA		MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
		Día	09	Mes	09	Año	1996	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA		DEPENDENCIA HOSPITALIZACION-SALUD MENTAL				DIRECCIÓN - km 1 vía Soraca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOYACA		MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
		Día	29	Mes	05	Año	1997	Día	30	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA		DEPENDENCIA ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD				DIRECCIÓN CALLE 19 - 9 95					

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOYACA		MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
		Día:	07	Mes:	02	Año:	2005	Día:	07	Mes:	12
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN AVENIDA NORTE					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	16	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	4

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Empty box for signature of the public servant or contractor.

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Empty box for observations from the HR manager or contracts manager.

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

