



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Montaña	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Guzmán	NOMBRES Sandra Patricia
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 23944672	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		PAÍS COLOMBIA
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	2	X		GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	03	2015	2944672
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SALUD	09	2013	23944672
PREGRADO	9	X		TRABAJO SOCIAL	11	1997	23944672

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

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 7424733			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO									
			Día		03	Mes	08	Año		1998	Día	Mes	Año			
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO			DEPENDENCIA ATENCION AL USUARIO				DIRECCIÓN - KILOMETRO 1 VIA SORACA									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA ANA DE MUZO			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO MUZO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 7256740			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO									
			Día		07	Mes	05	Año		1998	Día	30	Mes	06	Año	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO			DEPENDENCIA AREA ATENCION AL USUARIO				DIRECCIÓN - Cra. 6, Muzo, Boyacá									

**4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
			Día:		Mes:	Año:	Día:		Mes:	Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN				

**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	24	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>24</b>	<b>3</b>

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Empty rectangular box for signature.

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Empty rectangular box for observations.

