



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO Sánchez | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Martínez | NOMBRES Henry José | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 79310336 | | SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" 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 79310336 | PAÍS COLOMBIA |
| | | D.M. 55 | |

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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|-------------------|-----|--|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | | AÑO | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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 | 5 | X | | MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA FAMILIA | 11 | 1994 | |
| PREGRADO | 10 | X | | PSICOLOGIA | 12 | 1987 | 2451 |

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)

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

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIA ANGELINES DEL MUNICIPIO DE PUERTO LEGUIZAMO | | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | | |
| TELÉFONOS 7428144 | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | |
| | Día | 11 | Mes | 05 | Año | 1989 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA | DEPENDENCIA | | | DIRECCIÓN K 1 via Soraca | | | | | | | | |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|----|--------------|--------------------|------------------|------|------|--|------|--|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMODIN*ELIMINADO | | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOYACA | MUNICIPIO TUNJA | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | | |
| | Día: | 05 | Mes: | 01 | Año: | 1995 | Día: | | Mes: | | Año: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD | NIVEL EDUCATIVO PREGRADO | | | 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 | 61 | 1 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 61 | 1 |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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*