



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rodríguez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pacheco	NOMBRES Clara Susana
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 44192262	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 11 AÑO 1985 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO BARRANQUILLA		

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2001

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		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	09	2013	
PREGRADO	8	X		TERAPIA OCUPACIONAL	02	2009	08-1448-09-*25-03-09

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

5

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 DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	27	Mes	01	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL						DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	16	Mes	12	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL						DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAI COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR		MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3006410010		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	02	Mes	04	Año	2024	Día	15	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL						DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PA/ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PA/ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	23	Mes	03	Año	2023	Día	30	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PA/ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	12	Año	2022	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PA/ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	07	Año	2022	Día	15	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PA/ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3006410010			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	09	Año	2021	Día	15	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2019	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	26	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2018	<i>Día</i>	28	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	30	Mes	10	Año	2017	Día	25	Mes	01	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2017	Día	30	Mes	09	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2016	Día	28	Mes	02	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6778021			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	04	Año	2016	Día	31	Mes	08	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	09	Año	2015	Día	31	Mes	03	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE BOCAGRANDE						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2015	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	21	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2014	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	12	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2014	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	23	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2014	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			<i>Día</i>	14	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2013	<i>Día</i>	20	<i>Mes</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOLÍVAR			MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	05	Mes	03	Año	2013	Día	01	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 2 14 210 HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA			

6

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

7

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI 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).

Ciudad y fecha de diligenciamie _____

FIRMA DEL SERVIDO PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co