



## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Montoya                                                                                                                                                                                               |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>García                                                                                                                                                       |  | NOMBRES<br>Gladys Del Socorro                                                                           |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51726278                                                                                   |  | GÉNERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                                                  |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                                                                                                               |  | NÚMERO                                                                                                                                                                                         |  | D.M.                                                                                                    |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/><br>PAÍS<br><input type="text"/><br>DEPTO<br><input type="text"/><br>MUNICIPIO<br><input type="text"/> |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><input type="text"/><br>PAÍS COLOMBIA DEPTO <input type="text"/><br>MUNICIPIO <input type="text"/><br>TELÉFONO <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/> |  |                                                                                                         |  |

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 | 12              | AÑO | 1981              |  |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                                                   |             |                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| 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                        |    | ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 12          | 2017               | 11940                      |
| POSTGRADO                                                                                      | 2                       | X                        |    | ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA                                  | 08          | 1997               |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 10                      | X                        |    | PSICOLOGIA                                                        | 02          | 1989               | 3267                       |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

## 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

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

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<br>SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA           |  |  |                                                          | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |  |  |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                                |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONOS                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                                         |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                     |     |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |  |  | Día                                                      | 08           | Mes | 09      | Año | 2025                                | Día |  |  |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR DE DESPACHO CODIGO 2-2                          |  |  | DEPENDENCIA<br>DESAPACHO                                 |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 24 59 42 Torre 4 |     |  |  |  |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                                         |  |  |                                                          |              |     |         |     |                                     |     |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS |  |  |                                                          | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                    |     |  |  |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                                |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |     |  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6012425000                                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                                         |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                     |     |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |  |  | Día                                                      | 01           | Mes | 03      | Año | 1995                                | Día |  |  |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO                              |  |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA GENERAL - GRUPO DE GESTION DEL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 10 28       |     |  |  |  |  |  |  |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                  |  |  |  |                                          |    |              |    |                                      |      |     |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|----|--------------|----|--------------------------------------|------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD            |  |  |  | PÚBLICA<br>X                             |    | PRIVADA      |    | PAÍS<br>COLOMBIA                     |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                |  |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2207700                                        |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    | FECHA DE RETIRO                      |      |     |    |     |    |     |      |
|                                                             |  |  |  | Día                                      | 14 | Mes          | 02 | Año                                  | 1994 | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 1995 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO        |  |  |  | DEPENDENCIA<br>DIVISION RECURSOS HUMANOS |    |              |    | DIRECCIÓN<br>AV CALLE 26 51 60       |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                  |  |  |  |                                          |    |              |    |                                      |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>COMFENALCO ASISTENCIA MEDICA INTEGRADA |  |  |  | PÚBLICA                                  |    | PRIVADA<br>X |    | PAÍS<br>COLOMBIA                     |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                |  |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2812400                                        |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    | FECHA DE RETIRO                      |      |     |    |     |    |     |      |
|                                                             |  |  |  | Día                                      | 01 | Mes          | 06 | Año                                  | 1991 | Día | 30 | Mes | 07 | Año | 1993 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PSICOLOGA                        |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SERVICIOS MEDICOS         |    |              |    | DIRECCIÓN<br>CARRERA 4N 19 85        |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                  |  |  |  |                                          |    |              |    |                                      |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>PREVIMEDIC                             |  |  |  | PÚBLICA                                  |    | PRIVADA<br>X |    | PAÍS<br>COLOMBIA                     |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                |  |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3106878                                        |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    | FECHA DE RETIRO                      |      |     |    |     |    |     |      |
|                                                             |  |  |  | Día                                      | 03 | Mes          | 03 | Año                                  | 1992 | Día | 30 | Mes | 01 | Año | 1993 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PSICOLOGA                        |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SERVICIOS MEDICOS         |    |              |    | DIRECCIÓN<br>CALLE 72N 10 03         |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                  |  |  |  |                                          |    |              |    |                                      |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CREACIONES FAMAR                       |  |  |  | PÚBLICA                                  |    | PRIVADA<br>X |    | PAÍS<br>COLOMBIA                     |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                |  |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2035563                                        |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    | FECHA DE RETIRO                      |      |     |    |     |    |     |      |
|                                                             |  |  |  | Día                                      | 10 | Mes          | 08 | Año                                  | 1987 | Día | 10 | Mes | 08 | Año | 1989 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PSICOLOGA                        |  |  |  | DEPENDENCIA<br>NO REPORTA                |    |              |    | DIRECCIÓN<br>TRANS 39 NO. 38 -30 SUR |      |     |    |     |    |     |      |

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: |  | Año: |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |  |         |  | DIRECCIÓN          |  |      |  |      |  |      |  |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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            | 32                    | 7     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4                     | 2     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI \_NO\_ 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 diligenciamiento*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SERVIDOR 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*