



Libertad y Orden

## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEP.



1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                                                                        |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Cuentas                                                                                                                     | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Manotas                                                                     | NOMBRES<br>Dario Junior                                                                                |                                                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 8647878 |                                                                                                               | GENERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/>                                                                                      |                                                                                                               | PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                       |                                                                                              |
| SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                              |                                                                                                               | NÚMERO<br>83031351142                                                                                  | D.M. 44                                                                                      |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                                    |                                                                                                               | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                                                           |                                                                                              |
| FECHA                                                                                                                                          | DIA <input type="text" value="13"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="1983"/> | CALLE 22 16 30 CASA CENTRO                                                                             |                                                                                              |
| PAÍS                                                                                                                                           | COLOMBIA                                                                                                      | PAÍS                                                                                                   | COLOMBIA                                                                                     |
| DEPTO                                                                                                                                          | ATLÁNTICO                                                                                                     | MUNICIPIO                                                                                              | SABANALARGA                                                                                  |
| MUNICIPIO                                                                                                                                      | SABANALARGA                                                                                                   | TELÉFONO                                                                                               | 3216981346                                                                                   |
|                                                                                                                                                |                                                                                                               | EMAIL                                                                                                  | dariocuma@gmail.com                                                                          |

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        |    | ESPECIALIZACION EN REVISORIA FISCAL Y AUDITORIA | 08          | 2018 |                            |
| PREGRADO            | 11                      | X        |    | CONTADURIA PUBLICA                              | 11          | 2005 | 125219-t                   |

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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |     |
|-------------|-----------|-----------------|----------|----|--------------------------------------------|-------------|-----|
|             |           |                 | SI       | NO |                                            | MES         | AÑO |
|             |           |                 |          |    |                                            |             |     |

## FORMATO COMPLETO

# 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 ANTERIOR                                                |  |                                     |    |         |    |                                               |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------|------|----------|----|-----|----|--|--|--|--|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD                                                         |  |                                     |    | PÚBLICA |    | PRIVADA                                       |      | PAÍS     |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| FUNDACION MEDICA INTEGRAL DE LA COSTA FUNMEDIC                            |  |                                     |    |         |    |                                               |      | COLOMBIA |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO                                                    |  | MUNICIPIO BARRANQUILLA              |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONOS 3216981346                                                      |  | FECHA DE INGRESO                    |    |         |    | FECHA DE RETIRO                               |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                           |  | Día                                 | 17 | Mes     | 01 | Año                                           | 2025 | Día      | 30 | Mes | 10 |  |  |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO - FINANCIERO                       |  | DEPENDENCIA AREA FINANCIERO         |    |         |    | DIRECCIÓN CARRERA 46A BIS B NORTE 59 24 NORTE |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                |  |                                     |    |         |    |                                               |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                         |  |                                     |    | PÚBLICA |    | PRIVADA                                       |      | PAÍS     |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA CORMAGDALENA |  |                                     |    |         |    |                                               |      | COLOMBIA |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO                                                    |  | MUNICIPIO BARRANQUILLA              |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONOS 53565914                                                        |  | FECHA DE INGRESO                    |    |         |    | FECHA DE RETIRO                               |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                           |  | Día                                 | 25 | Mes     | 01 | Año                                           | 2024 | Día      | 31 | Mes | 12 |  |  |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 0008 2003AUDITORA PLAN DE ATEN                    |  | DEPENDENCIA AREA DE CONTROL INTERNO |    |         |    | DIRECCIÓN                                     |      |          |    |     |    |  |  |  |  |  |  |

## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                     |  |                                                            |                                                |         |                  |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------|------------------|-----|----------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA CORMAGDALENA |  |                                                            | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                                      |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                                  |                                                |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3216981346                                                                        |  | FECHA DE INGRESO                                           |                                                |         |                  |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                                |  | Día                                                        | 24                                             | Mes     | 08               | Año | 2023                                         | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CON0205430012                                                       |  | DEPENDENCIA<br>AREA CONTROL INTERNO                        |                                                |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CIRCULAR 40 NORTE 73-290        |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                     |  |                                                            |                                                |         |                  |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA CORMAGDALENA |  |                                                            | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                                      |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                                  |                                                |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6053565914                                                                        |  | FECHA DE INGRESO                                           |                                                |         |                  |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                                |  | Día                                                        | 24                                             | Mes     | 08               | Año | 2023                                         | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>049/2013 CONTRATISTA                                                |  | DEPENDENCIA<br>APOYO A CONTROL INTERNO                     |                                                |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 40 73 290 VIA 40 # 73-290 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                     |  |                                                            |                                                |         |                  |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>clinica salud la concepcion S.A.S                                         |  |                                                            | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                                      |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                                  |                                                |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3216981346                                                                        |  | FECHA DE INGRESO                                           |                                                |         |                  |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                                |  | Día                                                        | 16                                             | Mes     | 01               | Año | 2023                                         | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CFO DIRECTOR FINANCIERO Y ADM                                       |  | DEPENDENCIA<br>1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |                                                |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 70A ESTE 75A 75 ESTE    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                     |  |                                                            |                                                |         |                  |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD               |  |                                                            | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                                      |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                                       |                                                |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3759400                                                                           |  | FECHA DE INGRESO                                           |                                                |         |                  |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                                |  | Día                                                        | 01                                             | Mes     | 04               | Año | 2022                                         | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL                                                         |  | DEPENDENCIA<br>APOYO CONTROL INTERNO ESE                   |                                                |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 40 33 6                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                     |  |                                                            |                                                |         |                  |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD               |  |                                                            | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                                      |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                                       |                                                |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3759400                                                                           |  | FECHA DE INGRESO                                           |                                                |         |                  |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                                |  | Día                                                        | 01                                             | Mes     | 03               | Año | 2022                                         | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL                                                         |  | DEPENDENCIA<br>APOYO CONTROL INTERNO ESE                   |                                                |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 40 33 06                |     |    |     |    |     |      |

## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |                                          |              |         |                  |     |                               |     |    |     |    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--------------|---------|------------------|-----|-------------------------------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |                                          | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                        |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                     |              |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3759400                                                             |  | FECHA DE INGRESO                         |              |         |                  |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |
|                                                                                  |  | Día                                      | 01           | Mes     | 02               | Año | 2022                          | Día | 28 | Mes | 02 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL                                           |  | DEPENDENCIA<br>APOYO CONTROL INTERNO ESE |              |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 40 33 06 |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |                                          |              |         |                  |     |                               |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD |  |                                          | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                        |  | MUNICIPIO<br>SOLEDAD                     |              |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3759400                                                             |  | FECHA DE INGRESO                         |              |         |                  |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |
|                                                                                  |  | Día                                      | 14           | Mes     | 01               | Año | 2022                          | Día | 31 | Mes | 01 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL                                           |  | DEPENDENCIA<br>APOYO CONTROL INTERNO ESE |              |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 40 33 6  |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |                                          |              |         |                  |     |                               |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                |  |                                          | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                        |  | MUNICIPIO<br>SABANALARGA                 |              |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>8781332                                                             |  | FECHA DE INGRESO                         |              |         |                  |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |
|                                                                                  |  | Día                                      | 02           | Mes     | 02               | Año | 2018                          | Día | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                           |  | DEPENDENCIA<br>CONTROL INTERNO           |              |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 28 22 45   |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |                                          |              |         |                  |     |                               |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                |  |                                          | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                        |  | MUNICIPIO<br>SABANALARGA                 |              |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3008631119                                                          |  | FECHA DE INGRESO                         |              |         |                  |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |
|                                                                                  |  | Día                                      | 24           | Mes     | 03               | Año | 2014                          | Día | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                           |  | DEPENDENCIA<br>AUDITORIA                 |              |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 21 18 46   |     |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                       |  |                                          |              |         |                  |     |                               |     |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                |  |                                          | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA |     |                               |     |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                        |  | MUNICIPIO<br>SABANALARGA                 |              |         |                  |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3008631119                                                          |  | FECHA DE INGRESO                         |              |         |                  |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |    |     |
|                                                                                  |  | Día                                      | 15           | Mes     | 03               | Año | 2011                          | Día | 23 | Mes | 01 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                           |  | DEPENDENCIA<br>CONTABILIDAD              |              |         |                  |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 21 18 46   |     |    |     |    |     |

## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

## EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |                  |         |         |                    |
|--------------------------|------------------|---------|---------|--------------------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |                  | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS               |
| DEPARTAMENTO             | MUNICIPIO        |         |         | CORREO ELECTRÓNICO |
| TELÉFONOS                | FECHA DE INGRESO |         |         | FECHA DE RETIRO    |
| 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 |                       |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|--|
| OCCUPACIÓN                                                                  | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |  |
|                                                                             | AÑOS                  | MESES |  |
| SERVIDOR PÚBLICO                                                            | 1                     | 6     |  |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO                                                 | 1                     | 5     |  |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE                                                    | 10                    | 6     |  |
| 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 CAUSAS DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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

Valledupar - 29 - Diciembre 2025.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

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.

Vallupan a 12/20

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE N°. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)