



FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMERO: Díaz SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Alarcón NOMBRES: Juan Carlos
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. C.E. PAS: No 1106396629 SEXO: F M NACIONALIDAD: Colombia PAIS: Colombia
 LIBRE TALLER: PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NUMERO: 1106396629 DM: 040
 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:
 FECHA: DIA 27 MES 10 AÑO 1992
 PAIS: Colombia
 DEPTO: Tolima
 MUNICIPIO: Purificación

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
 MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10 A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 10 A 12 DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º		MES	AÑO
									<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Bachiller Técnico</u>	<u>12</u>	<u>2009</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 DIRIGIRSE EN ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA UN (UNIVERSITARIA),
 TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) DOC (DOCTORADO O PHD)
 ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRIA O MAGISTER) RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	Nº SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		Nº DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>UN</u>	<u>10</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Derecho</u>	<u>03</u>	<u>2018</u>	<u>309269</u>

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

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 197 de 1995, 489, 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACION DE EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EMPRESA O ENTIDAD	Amando Rivera Moncaleano Abogados		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Tolima	Purificación	armandorivera@hotmail.com		
IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
3142411029	DIA 25 MES 11 AÑO 2018	DIA 10 MES 01 AÑO 2020		
CATEGORIA DE CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION		
Dependiente judicial	Jurídica	Oficina calle 18 #27-74 Barrio Plaza de ferros		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Independientes Tolima		X		Colombia
Tolima	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
	Ibagué	indepertestolima@gmail.com		
IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
2610137	DIA 26 MES 01 AÑO 2018	DIA 30 MES 07 AÑO 2018		
CATEGORIA DE CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION		
Monitor contrato 331	Independientes	Calle 17a #27-112 Entrelazos		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldía Municipal Purificación		X		Colombia
Tolima	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
	Purificación	inspecciondepolicia@purificacion-tolima.gov.co		
IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
2280550	DIA 17 MES 02 AÑO 2017	DIA 18 MES 12 AÑO 2017		
CATEGORIA DE CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION		
Inspector de policía 3 ^a categoría	Secretaría Emergentes de Gobierno	Cra 4 N° 8-122 B El camellon		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INPEC		X		Colombia
Tolima	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
	Purificación	@cpurificacion@inpec.gov.co		
IDENTIFICACION	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
2280109	DIA 14 MES 03 AÑO 2016	DIA 14 MES 09 AÑO 2016		
CATEGORIA DE CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION		
Asesor jurídico y apoyo a la gestión	Jurídica	Calle N° 1a 30 B El Pbn		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDICAR EN NÚMERO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
TRABAJADOR PÚBLICO	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	05
PARA SERVIDOR PÚBLICO		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	03

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

DECLARO QUE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO QUE ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS AFINIDADES DE INVALIDIDAD E INEFICIENCIA EN EL ORDEN ADMINISTRATIVO LOCAL PARA PERFORMAR LOS EMPLEOS PÚBLICOS PARA DELEGAR CONTRATOS DE PRESTA SERVICIO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA VERIFICACIÓN DE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, DONDE SE ENCUENTRA:

Ciudad y fecha de dar: Agosto de 2020

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SUORTE

Ciudad y fecha: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS