



FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Espinosa	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Valencia	NOMBRES Héctor Fabio		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 9774200	GENERO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO _____	D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DEPTO MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS MUNICIPIO TELÉFONO EMAIL			

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		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	12	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	
PREGRADO	10	X		COMUNICACION SOCIAL	04	2008	

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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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
INGLÉS		X			X		X		

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 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6013305000		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	09	Mes	07	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA OFICINA DE PROMOCION SOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 13 32 76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6013305043		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	28	Mes	02	Año	2023	Día	30	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA OFICINA DE PROMOCION SOCIAL						DIRECCIÓN CARRERA 13 32 76					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NUEVA FUERZA DEL TRANSPORTE			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3015212666		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	08	Mes	02	Año	2020	Día	31	Mes	01	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA		DEPENDENCIA OFICINA DE PARTICIPACION CIUDADANA						DIRECCIÓN CARRERA 97 16D 47 piso 2				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DE COLOMBIA GOBIERNO MAYOR			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3208401974		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	23	Mes	09	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA		DEPENDENCIA AREA COMUNICACIONES Y PRENSA						DIRECCIÓN CALLE 16A 2 69				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3358000		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	08	Mes	03	Año	2019	Día	15	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA DIRECCION DE DIVERSIDAD SEXUAL						DIRECCIÓN CARRERA 30 25 90 piso 8				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 13649090		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	30	Mes	03	Año	2015	Día	29	Mes	03	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CARRERA 32 12 81				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 13649090		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	19	Mes	08	Año	2014	Día	03	Mes	02	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CARRERA 32 12 81				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 13649090	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	27	Mes	06	Año	2013	Día	17	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 32 12 81					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 13649090	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	26	Mes	12	Año	2012	Día	25	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 32 12 81					

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					

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	0		0							
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6		4							
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4		1							
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 __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES 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

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