

	El servicio público es de todos	Función Pública	FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA Persona Natural (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)	ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RIOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SALAZAR	NOMBRES OSCAR
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 14239899	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		PAÍS Colombia
PRIMERA CLASE ☐	SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 485778 D.M 17

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:	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12	AÑO 1978

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	
UN	10	X		ADMINISTRACION	08	1987	19743
ES	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y EMPRESAS SOCIALES	06	2001	

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
Inglés	X				X			X	

 experiencia laboral

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO IBAGUÉ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalciudadano@icbf.gov.co
TÉLFONOS 2657187	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 02 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL Director Regional		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN CARRERA 5 N° 43-23	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima		MUNICIPIO IBAGUÉ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Oscar.Rios@Icbf.Gov.co	
TELÉFONOS 8604700		FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 02 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN CLL 21 N. 1E-40	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUCION EDUCATIVA EL JARDIN			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima		MUNICIPIO IBAGUÉ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 01 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 02 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO Jefe De Unidad		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD I.C.B.F. REgional Tolima			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima		MUNICIPIO IBAGUÉ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2645596		FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 11 AÑO 1998		FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 01 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO Profesional Universitario		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN CZ Espinal	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE OJOS DEL TOLIMA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima		MUNICIPIO IBAGUÉ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 08 AÑO 1996		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 05 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO ADMINISTRADOR		DEPENDENCIA CLINICA		DIRECCIÓN CRA 4 C Call 31	
EXPERIENCIA DOCENTE					
INSTITUCIÓN INSTITUCION EDUACTIVA EL JARDIN			HORAS SEMANALES 0		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima		MUNICIPIO IBAGUÉ		MODALIDAD Formal	
NIVEL EDUCATIVO Básica secundaria		FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 01 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 02 AÑO 2009	
ÁREA DE CONOCIMIENTO Economía, administración, contaduría y afines		MATERIA IMPARTIDA			

4

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD 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

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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.dafp.gov.co