CONTABILIZADOR EXPERIENCIA

EXPERIENCIA/CUMPLE	
SI	X
NO	

NOMBRE POSTULANTE: FABIAN ENRIQUE CASTELLANOS GARCIA				
EXPERIENCIA REQUERIDA	**EXPERIENCIA**	**AÑO(S)**	**MES(ES)**	**DIAS**
12 meses	**RELACIONADA**	**1**	**9**	**2**

TITULO PREGRADO:		Administrador de Empresas		
FECHA DE GRADO:		ABRIL DE 2016		
TITULO POSGRADO:		ESPECIALIZACION EN FINANZAS TERRITORIALES		
TARJETA PROFESIONAL		101785		
	NOMBRE EMPRESA (*Relacione en orden cronólogico de la más reciente a la mas antigua*) Nota: La experiencia traslapada solamente se tendrá en cuenta una sola vez)	FECHA DE INICIO *DIA/MES/AÑO*	FECHA DE RETIRO *DIA/MES/AÑO*	EXPERIENCIA (DIAS)
1	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	1/11/2019	31/12/2019	61
2	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	1/10/2019	31/10/2019	31
3	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	2/09/2019	30/09/2019	29
4	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	1/08/2019	31/08/2019	31
5	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	1/04/2019	31/07/2019	121
6	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	15/01/2019	15/03/2019	61
7	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	1/10/2018	31/12/2018	91
8	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	3/07/2018	30/09/2018	88
9	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	2/05/2018	30/06/2018	59
10	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD	1/03/2018	30/04/2018	60
	Si no utiliza el total de las filas elimine las que queden en blanco, si necesita ingresar más experiencia seleccione la última fila cópiela, péguela para no perder el formato formulado.	**EXPERIENCIA ADQUIRIDA**	***TOTAL***	632

FECHA DE VERIFICACION 26/01/2022

DIA / MES / AÑO

Funcionario o Contratista que Elaboró: ROBERTH ANDRES BELTRAN MARTINEZ