

 FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-1995**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-ENE-2014 YUMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
INDICE DERECHO REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3112100-00549235-F-1118305855-20140222 0037358775A 1 42464430

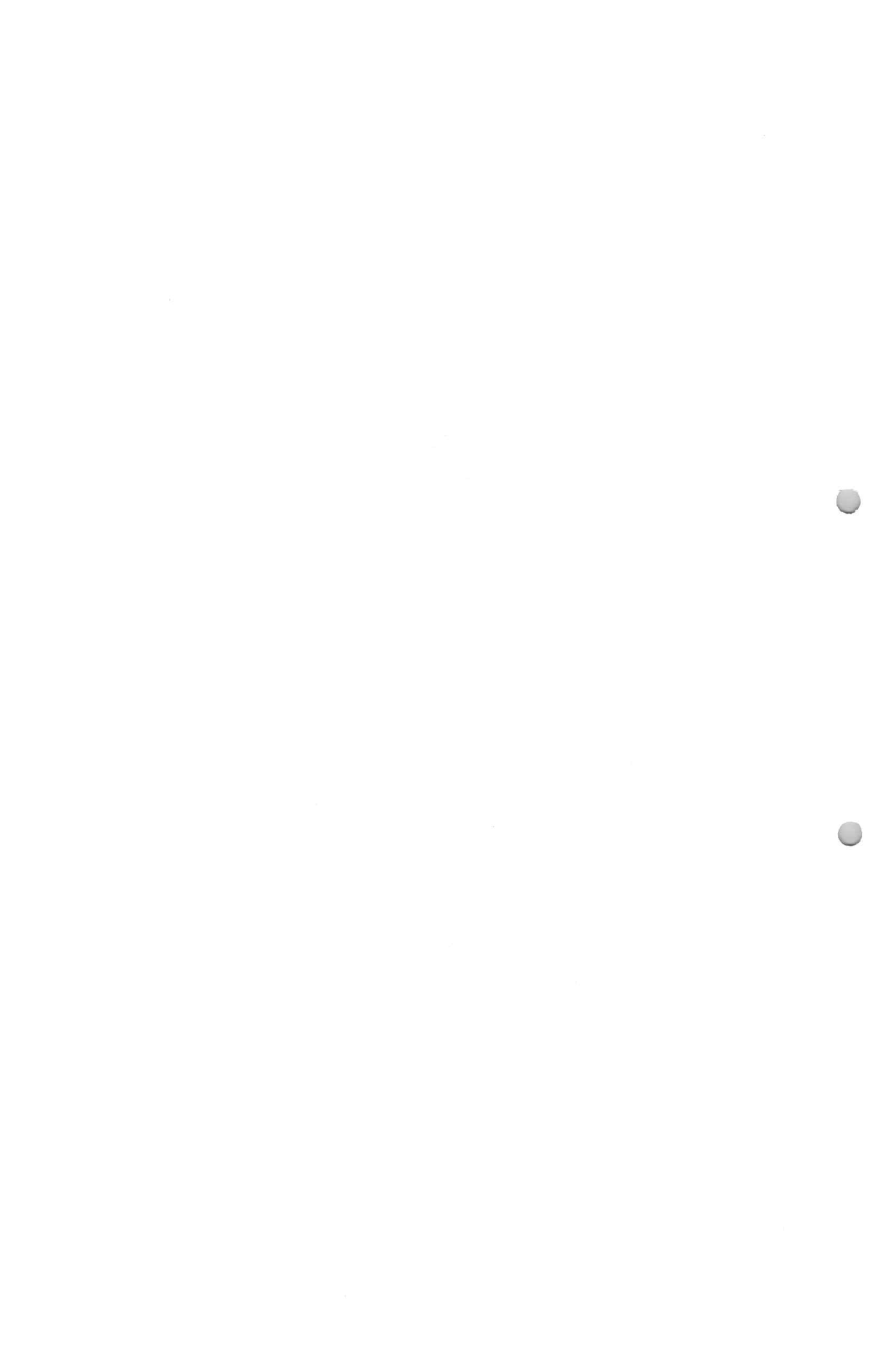
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.305.855**
LENIS SANTOS
APELLIDOS
INGRID TATIANA
NOMBRES

Lenis Santos
FIRMA







FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty rectangular box for the receiving entity.

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lenis		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Santos		NOMBRES Ingrid Tatiana	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1118305855			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" 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 DIA 05 MES 08 AÑO 1995			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 6 - 11 47 Barrio Uribe		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA	DEPTO VALLE DEL CAUCA	DEPTO VALLE DEL CAUCA	
DEPTO VALLE DEL CAUCA		MUNICIPIO YUMBO	MUNICIPIO YUMBO	MUNICIPIO YUMBO	
MUNICIPIO CALI		TELÉFONO 6952914	TELÉFONO 6952914	EMAIL tiklenis@gmail.com	EMAIL tiklenis@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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	6	X		TECNOLOGIA EN DISEÑO GRAFICO PUBLICITARIO	06	2017	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

3

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 ar marketing digital				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		01	Mes		08	Año		2022	Día		30	Mes		11	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL DISEÑO Y MARKETING DIGITAL			DEPENDENCIA AGENCIA DE MARKETING DIGITAL					DIRECCIÓN - cali												

4

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												

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

10-03-2023



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

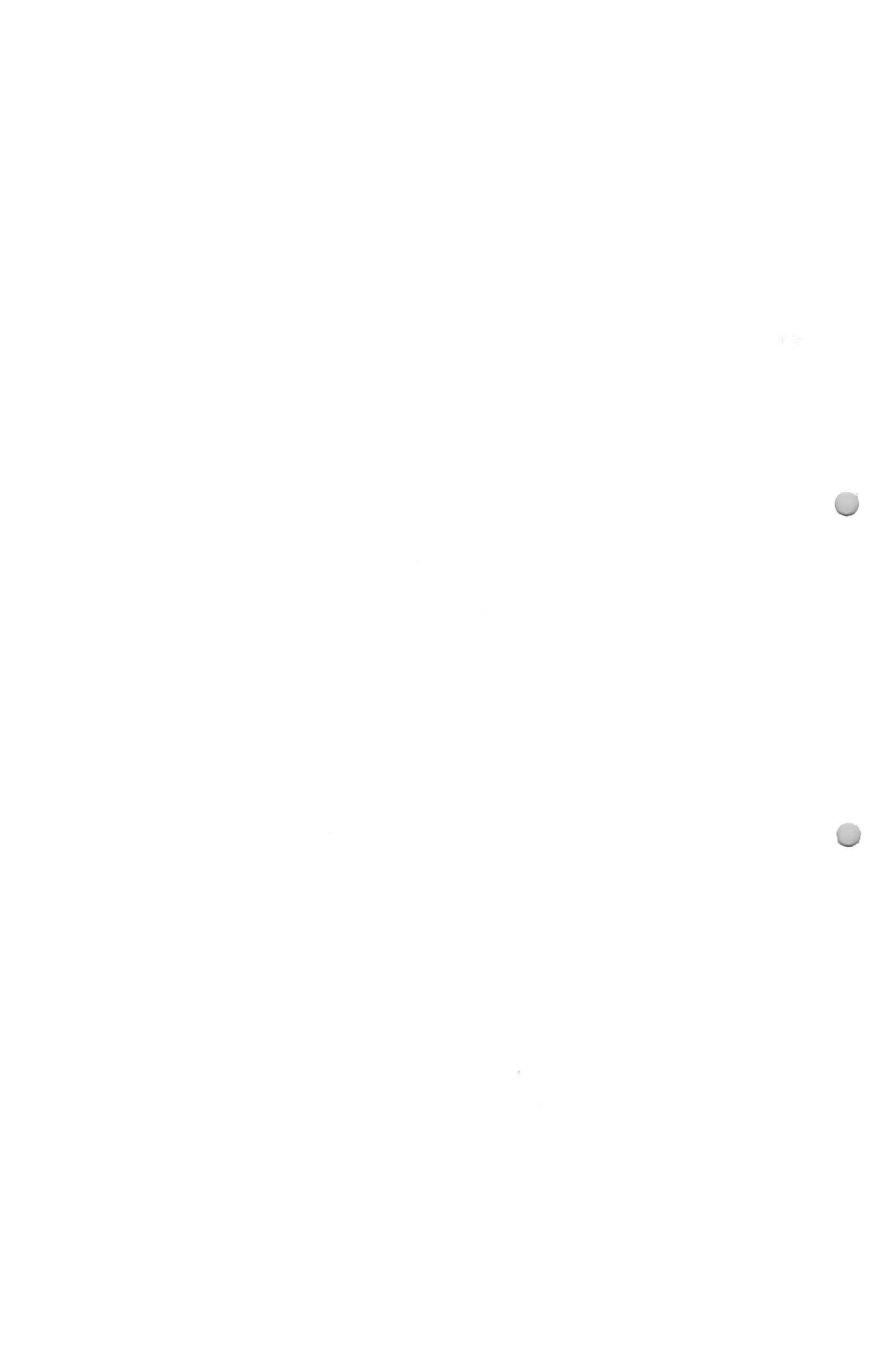
7

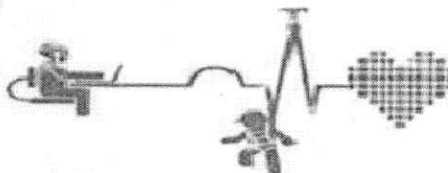
OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



DANNY MUÑOZ P.Médico especialista en seguridad
y salud en el trabajo.**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

N° 2306

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
09 DÍA	3 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	
			Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULAR			PARTICULAR	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
LENIS SANTOS INGRID TATIANA		5)%%1#	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres		FEMENINO	27 AÑOS 4 MESES 1 DÍAS	CC 1.118.305.855
Cargo		Tipo		
CONTRATISTA		Número		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA (APTO)				
Observaciones: <i>NO APLICA</i>				
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS			
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS			
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		- NO APLICA	- NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL <input checked="" type="checkbox"/>				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
- CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO		- USO DE EPP		- HÁBITOS SALUDABLES
		- PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		- FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		- SVE OSTEOMUSCULAR		- DIETA BALANCEADA
		- SVE VISUAL		- HACER DEPORTE
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				
Médico		Aspirante o Trabajador		
<i>Danny Muñoz P.</i>		<i>Lenis Santos Ingrid Tatiana</i>		
Firma:		Firma:		
Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO		Nombre: LENIS SANTOS INGRID TATIANA		
R. M.: 194573 L.S.O.: 077829		CC: 1.118.305.855		



**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE YUMBO

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, Ingrid Tatiana Lenis Santos				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. <u>1118305855</u>		CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:		
PAIS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: YUMBO		
DIRECCIÓN: CALLE 6 - 1147 Barrio Uribe		TELÉFONO: 3128057785 6952914		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO		
guillermina santos rengifo	31474105	MADRE		
alvaro lenis sanchez	16452735	PADRE		
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$10.400.000			
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0			
TOTAL	\$10.400.000			
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	CUENTA DE AHORROS	62138882174	yumbo	0,1
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:				
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR		
1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES				
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:				
ENTIDAD O INSTITUCIÓN			CALIDAD DE MIEMBRO	
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:				
CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN			CALIDAD DE SOCIO	
c) En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		N°
C.C.	C.E.	T.I.		

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
Diseño Grafico	PROPIETARIO

3. FIRMA

_____ FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	_____ CIUDAD Y FECHA
--	-------------------------

DAFP-DAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**