FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Llanos	Zapata	Fanny

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 22746691	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 03 AÑO 1998

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO BARANOA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 39A 31 12

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO SOLEDAD

TELÉFONO 3318713 EMAIL fallaz34@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	2000
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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 GESTION BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS	11	2008	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	01	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 39A 31 12 PISO 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3243579595		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	01	*Mes*	06	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 39A 31 12 PISO 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3243579595		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	17	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 39A 31 12 piso1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3759400		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	01	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3759400		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
		Día	01	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO		*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 06					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3759400	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 06					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3759400	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 06					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SOLEDAD					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3759400	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA PIC					*DIRECCIÓN* CARRERA 40 33 06					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COMPAÑIA B&S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3056274	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUX. ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 43 67 35					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	4

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 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 SOLEDAD 9 ABRIL 2024

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