"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA.

MARTHA ISABEL SALGADO identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de **CUIDADORA** "en la Sede Sociedad San Vicente De Paul Alberge Sagrado Corazón" para la Unión Temporal Nueva Esperanza con una dedicación de medio tiempo en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Martha Isabel Salgado

MARTHA ISABEL SALGADO
CC 25.166.239 De Santa Rosa De Cabal

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 23 M 09 A 2020	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Apellido(s) del aspirante: Salgado Ramos	Nombre(s) del aspirante: Marta Isabel.
Fecha de nacimiento: D 6 M 01 A 73	Lugar de nacimiento: Manizales.
Dirección domicilio / Barrio: Calle 9 # 9-31	Ciudad: Sta Rosa de Cabal
Teléfono:	N°. Celular: 3128189822.
Correo electrónico:	Nacionalidad: Colombiana.
Profesión, ocupación u oficio: Cuidadora.	(*) Estado civil: Unión libre
Años de experiencia laboral: 10 años	

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] No. 25'166.239.	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]	
Extranjería: [ ] Expedida en: Sta Rosa de C.	Distrito No.	Segunda clase: [ ]	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? Sociedad San Vicent Paul	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? $	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

030864291

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Orlando Gallo Quintero	Oficios Varios	Betzabe Arbelaez.

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Oficios Varios	Carrera 14 #2830	364.11.80	Sta Rosa C.

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
2	Esposo - Madre.	50 - 71.

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Nelly Ramos de Salgado	Ama de casa.	310-440-0155.

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Gloria Romelia Ramos.	Ama de casa	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria		5	Primaria	Sagrado Corazón Jesús	Manizales
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Sí ☐ No ☐			

Nombre de la institución	Horario		
	Diurno ☐	Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí ☐ No ☐	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
Sí ☐ No ☐	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Orfilia Caitano	Ama de casa	calle 9 # 9-16	3148057819
2.	Carlos Eduardo Rio	jornalero	finca la Italia	3122585078

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Martha Isabel Salgado

C.C. 25-766239

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.166.239

SALGADO RAMOS
APELLIDOS

MARTHA ISABEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1973
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

30-AGO-1991 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2408600-54158101-F-0025166239-20070522 05333 07142A 02 223216501

FUNDACIÓN PRAXIS MÉDICA

N.I.T. 900352440-2

Cámara y Comercio S0503131 Armenia, Quindio

CERTIFICA QUE:

Martha Isabel Salgado Ramos

C.C. 25.166.239 SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA

Asistió al CURSO DE CUIDADO BÁSICO AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA, realizado en Santa Rosa de Cabal ,Risaralda, con una intensidad de 80 horas.

Armenia, Quindio 31 de mayo de 2019

ALBERTO PÉREZ MEDINA
REPRESENTANTE LEGAL

NEY HOLMES ORTEGA CHAMORRO
COORDINADOR DEL PROYECTO

Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015 Mineducación. Educación informal para complemento, actualización, perfeccionamiento, renovación o profundización de conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas no conduce a titulo ni aptitud ocupacional. No representa titulo o aptitud ocupacional.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Risaralda

Instituto de Formación de la Cruz Roja Seccional Risaralda

Resolución No 930 del 07 de Marzo de 2014

Secretaria de Educación Municipal de Pereira

Hace Constar Que:

Martha Isabel Salgado

Identificado(a) con cédula de ciudadanía C.C. 25166239, expedida en Santa Rosa De Cabal.

Aprobó satisfactoriamente el curso de:

BRIGADA DE EMERGENCIA

Con una intensidad de **40** horas

Realizado en el municipio de Pereira, Risaralda el 7 de octubre de 2019

Carlos Andrés Marulanda Lenis
Director de Educación
Tel: 3152344 - 3164781819
educacionrisaralda@cruzrojacolombiana.org

Registro RDA INS C.C. 25166239

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 9 Solicitud de actualización de datos de identificación

4. Número de formulario 14530764770

(415)7707212489984(8020) 000001453076477 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 5 1 6 6 2 3 9	7	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 5 1 6 6 2 3 9	1 9 9 1 0 8 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GADO	RAMOS	MARTHA	ISABEL

Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8

41. Dirección principal
CL 9 9 31 BRR OSANAM

42. Correo electrónico ssvpsantarosadecabal@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 1 9 0 7 5 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	
9 6 0 9	2 0 1 9 0 1 0 2	8 2 9 9	2 0 1 9 0 2 0 6			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovaci

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha 2019 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre QUICENO GALEANO CONSUELO
985. Cargo Analista V

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01568 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

Certifica

Martha Isabel Salgado Ramos

CC 25166239 de Santa Rosa de Cabal - Risaralda

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-29
Fecha de vencimiento: 2026-08-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. Nº 70978 - 051680 Cocora

DEIBIE STEVENS BRAVO OSORNO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobadc Mediante Resolución No 1700-01568 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal

Certifica

Martha Isabel Salgado Ramos

CC 25166239 de Santa Rosa de Cabal - Risaralda

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-08-27
Fecha de vencimiento: 2026-08-27

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARREY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70971 - 051660 Copnia

DEIRE STEVENS BRAVO OSPINO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA FELTMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

HACE CONSTAR

Que la señora **MARTHA ISABEL SALGADO RAMOS**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.166.239**, labora en esta institución desde el 01 de abril del año 2018, como Cuidadora del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paúl" Nit. 891.408.283-3 Presidente - Representante Legal

JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO

Representante Legal

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

JHON FREDY MONTOYA GUEVARA identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de CUIDADOR ADULTO MAYOR / PORTERO para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.



JHON FREDY MONTOYA GUEVARA
C.C. 9.696.574 de Anserma

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Fecha	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
D — M 05 A 2021	Cuidador Adulto Mayor	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
MONTOYA GUEVARA	JHON FREDY
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Alvaro Patiño Amarilles Mz 9 Cs 1	Dosquebradas
Teléfono	**No. Celular**
	311 369 75 87
Correo electrónico	**Nacionalidad**
valenciamesafany@gmail.com	Colombiana



Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Independiente	Casado	

DOCUMENTACIÓN

(*) Respuesta opcional

Cédula de ciudadanía: [X]	Nº 9896574	(**) Libreta militar Nº	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en: Anserma Caldas	Distrito Nº	Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional Nº	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción Nº	Categoría
	Si [ ] No [X]	17614-4076211	02

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Tipo de contrato
Si [X] No [ ]	Fundación CBV Betsabé Arbeláez — Empleado [X] Independiente [ ]	A termino fijo inferior a un año.

¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Lo recomienda alguien de esta empresa?	Nombre / Dependencia
Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	D — M — A	Si [ ] No [ ]	

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Si [ ] No [X]		Anuncio [ ] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?
Anserma Caldas	Santa Rosa de Cabal-Pereira-Anserma	Si [ ] No [X]

Vive en casa: ¿Familiar? / ¿Propia? [X] / ¿Alquilada?	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
			1 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
Si [ ] No [X]		$ 700000

¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Alimentación, educación de los hijos, Vestuario,	$ SMLMV

¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)?	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?
Exploracion	Si [ ] No [X]

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Soy una persona honesta, responsable, trabajador, tengo la aptitud para trabajar en equipo y bajo presión, recibo criticas constructivas como oportunidad para mejorar. Aprendo facilmente.

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Fany del Socorro Valencia Mesa	Técnico en Sistemas	Universidad del Area Andina

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Auxiliar en préstamo en biblioteca	Calle 14 No. 8 55	340 22 82	Pereira

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
4	Esposa y Tres Hijos	39-18-16-14 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Manuel Montoya	Independiente	301 612 97 32
Fabiola Guevara	Independiente	311 793 66 22
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato					
Clásico ☐ Técnico ☐					
Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior					
Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario			
		Diurno ☐	Fin de semana ☐	
		Nocturno ☐	A distancia ☐	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
¿Programa(s) que maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas		Lectura			Escritura			Hablado		
Si ☐ No ☐	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONOMICAS (*)						AREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA	X	Metalurgia		FINANCIERO		Administración		Personal	
GANADERIA / AVICULTURA	X	Maquinaria	X	INMOBILIARIO		Auditoria		Sistemas	
MINERIA	X	Automotores		INFORMATICO		Bodega		Tesorería	
HIDROCARBUROS		Muebles		SALUD		Compras		OTRAS (¿Cuáles?)	
INDUSTRIA		Reciclaje		EDUCACION		Contabilidad			
Alimentos y Bebidas	X	OTROS (¿Cuáles?)		SEGUROS		Costos			
Tabaco				TURISMO / RECREACION		Crédito y Cobranzas			
Textiles y Confecciones				OTROS SERVICIOS		Diseño			
Cuero y Calzado		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		Asesorías Profesionales		Finanzas			
Papel y Cartón		CONSTRUCCION	X	Servicios Temporales		Gerencia General			
Editorial y Artes Gráficas		COMERCIO	X	Seguridad Vigilancia		Impuestos			
Químico y Farmacéutico		HOTELES Y RESTAURANTES	X	OTROS SECTORES		Mercadeo			
Caucho y Plástico		TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO				Producción			
Vidrio, Cerámica y Cemento		COMUNICACIONES				Publicidad			

(*) Decreto Clasificación Industrial Actividades Económicas

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
FUNDACIÓN CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA BETS	Carrera 14 No. 28 50 SRC	3641180 / 3148145938

Cargo	Nombre de su jefe inmediato	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
CUIDADORA ADULTO MAYOR	REGINA ROJAS DE GRAJALES	D 16 M 01 A 2019	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
27 Meses	$ SMLMV	$ SMLMV	CUIDADORA ADULTO MAYOR

Funciones realizadas

Labores de aseo, limpieza y cafetería, brindando comodidad a los usuarios en los diferentes sitios y areas donde ellos pernoctan, conforme a las normas y procedimientos vigentes

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? Fijo [X] Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cuál? Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] ½ Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
		D M A	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] ½ Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
		D M A	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuanto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] ½ Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)?	¿Fondo de pensiones?	¿Fondo de cesantías?
Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]
¿Cuál? Medimas	¿Cuál? Proteccion	¿Cuál? Proteccion
Fecha de afiliación: Cotizante [X] Beneficiario [ ]	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.-	Nombre: ADIELA GALVIS	Ocupación: AMA DE CASA	Dirección: Santa Rosa de Cabal	Teléfono: 300 221 82 91
2.-	Nombre: ALAN LESLI KNOT	Ocupación: INDEPENDIENTE	Dirección: Santa Rosa de Cabal	Teléfono: 314 281 66 86
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre:	Ocupación:	Dirección:	Teléfono:

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X (Marque con una X)

¡Importante!

Este es un formato de distribución GRATUITA, puede buscarlo en la Web, puede imprimir ó enviar este formato por correo electrónico sin restricciones.

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en el presente formato son veraces.

Firma del solicitante

C.C. 9.696.574

VII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
			Asistió a Entrevista		
	Día	Hora	Si	No	Hora de Llegada
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO. R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente: Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente: Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

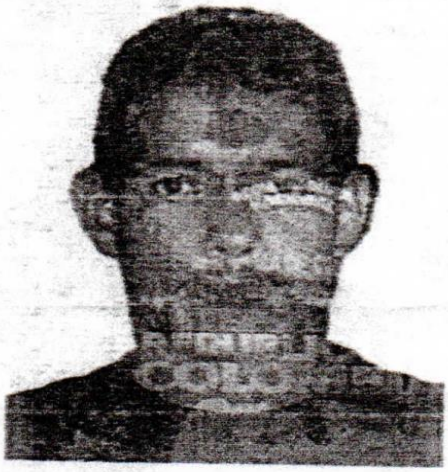
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.696.574**
MONTOYA GUEVARA

APELLIDOS
JHON FREDY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1979**
GUATICA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-AGO-1998 ANSERMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900700-00085782-M-0009696574-20081001 **0003945768A** 1 4780001375

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JHON FREDY MONTOYA GUEVARA

Con Cedula de Ciudadania No. 9696574

Cursó y aprobó la acción de Formación

CUIDADOS BASICOS A PERSONAS MAYORES

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pereira, a los veintiseis (26) dias del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
LILIANA LOPEZ LOPEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

LILIANA LOPEZ LOPEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

61854112 - 26/08/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9308001948444CC9696574C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JHON FREDY MONTOYA GUEVARA

Con Cedula de Ciudadania No. 9696574

Cursó y aprobó la acción de Formación

OMI 1.14 PRIMEROS AUXILIOS SANITARIOS (CUADRO A- VI/4-1) STCW/78 ENMENDADO.IMO 1.14 MEDICAL FIRST AID

con una duración de 30 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

63491845 - 12/11/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9121001994053CC9696574C.

LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA
BETSABE ARBELAEZ

HACE CONSTAR

Que el señor JHON FREDY MONTOYA GUEVARA, identificado con cédula de ciudadanía No. 9.696.574, labora en esta institución del el 16 de enero de 2019 como portero nocturno / cuidador, con contrato a término fijo. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

REGINA ROJAS
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com