• Verificar y Aprobar Hoja de Vida •

Esta hoja de vida de: Diana Lorena Zabala Castañeda con Tipo doc: CEDULA DE CIUDADANIA – No doc: 1105610395, ya tiene aprobación de parte suya. Por favor indique si desea:

- ◯ Reversar la aprobación18/03/2025
- ◉ Realizar aprobación para un cargo/contrato/UTL-UAN diferente
- ◯ Realizar aprobación para el mismo cargo/contrato/UTL-UAN

Continuar Cancelar

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Zabala	Castañeda	Diana Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1105610395

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 03 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO NATAGAIMA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 10 A ?19 34 APARTAMENTO 1102

PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO ARMENIA

TELÉFONO EMAIL lorena.0321@hotmail.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 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*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO CONSTITUCIONAL	05	2021	N/A
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	11	2018	
PREGRADO	10	X		DERECHO	11	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

SECRETARIA DE PLANEACIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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*
ESPAÑOL			X			X			X

5 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 GOBERNACION DE QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	11	*Año*	2023	*Día*	18	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DEP. PLANEACION DEPARTAMENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 20 13 22					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7417700	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	20	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA PLANEACION DEPARTAMENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 20 N º 13 -22					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7417700	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA PLANEACION DEPARTAMENTAL						*DIRECCIÓN* CALLE 20 N º 13 -22					

SECRETARIA DE PLANEACIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105198660	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BIENES Y SUMINISTROS					*DIRECCIÓN* CALLE 15 N 17 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* QUIMBAYA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7417700	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	11	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BIENES Y SUMINISTROS					*DIRECCIÓN* carrera 17 con calle 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE ARMENIA -- ARMENIA, QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7414185	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	02	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 N 15 28						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	22	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 01 OFICINA JURIDICA					*DIRECCIÓN* B. Mercedes del Norte Calle 19 Norte No.19-55						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 01 OFICINA JURIDICA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

SECRETARIA DE PLANEACIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	21	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 01 OFICINA JURIDICA					*DIRECCIÓN* B. Mercedes del Norte Calle 19 Norte No.19-55						

6 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*					

7 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	4	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

SECRETARIA DE PLANEACIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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*

SECRETARIA DE PLANEACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.105.610.395

ZABALA CASTAÑEDA

APELLIDOS

DIANA LORENA

NOMBRES

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAR-1986**

NATAGAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-MAY-2004 CAJAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2600100-00872549-F-1105610395-20161221 **0052**710282A 1 47359038

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

CEINSSA
Centro Integral en Seguridad y Salud en el trabajo



Certificado No. 97558

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

1	EMPRESA	INDEPENDIENTE								Ciudad:	ARMENIA		
		Departamento:	QUINDIO										
2	TRABAJADOR	NOMBRE	DIANA LORENA ZABALA CASTAÑEDA										
		CARGO	CONTRATISTA										
		IDENTIFICACIÓN	1105610395		EDAD	39 AÑOS			GRUPO SANGUINEO	O+			
		DIRECCION	CALLE 10 A NORTE RESERVAS DE COCORA APT 1102 ARMENIA										
		TELEFONO	3112121339										
		ACUDIENTE	CATALINA ROJAS (HIJA)										
		TEL ACUDIENTE	3233500209										
3	TIPO DE EXAMEN	INGRESO -											
4	FECHA Y LUGAR DEL EXAMEN	18/03/2025											
		Departamento	QUINDIO				**Municipio**	ARMENIA					
5	RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO	CONTINUAR CONTROL MEDICO Y FARMACOLOGICO DE PATOLOGIA TIROIDEA POR ENDOCRINOLOGIA EPS. , ESTILO DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 A 4 VECES POR SEMANA, BAJAR DE PESO,											
6	RESULTADOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS	EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL											
7	RECOMENDACIONES RELACIONADOS CON EL TRABAJO	SILLA ERGONÓMICA. REPOSAPIES Y APOYAMUÑECAS A NECESIDAD, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS,											
8	RESTRICCIONES	NINGUNO											
9	SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	AUDITIVO		VISUAL	X	OSTEOMUSCULAR	X	RESPIR.		OTRO			
10	CLASIFICACIÓN DE APTITUD	De acuerdo al examen ocupacional realizado a nombre de DIANA LORENA ZABALA CASTAÑEDA con documento de identificación 1105610395 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación CONTRATISTA CLASIFICACION DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO											
11	FIRMAS	Dra. Margarita M. Campuzano J. Medica Magister en Salud Ocupacional Reg: 1424-2018						1105610395					
		MEDICO	MARGARITA MARIA CAMPUZANO					TRABAJADOR		IDENT No.			
			1424/18										

He recibido información de la naturaleza y propósito de estos exámenes. certifico que la información dada por mi en la historia clinica ocupacional es veridica y completa

Powered by CamScanner