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
POLANCO	ARTEAGA	FRANKLIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 17651950	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 17651950 D.M. 43

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES 10 AÑO 1974

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6 17A 31 casa

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ

MUNICIPIO FLORENCIA

TELÉFONO EMAIL frapoa74@yahoo.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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	02	2022	74825
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	12	2009	74825
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN GESTION COMERCIAL Y DE NEGOCIOS	12	2003	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		TARJETA PROFESIONAL	11	2014
POLITÉCNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	02	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		ESTRUCTURACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	06	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	32	X		APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS BASICAS DE LA HOJA DE CALCULO MICROSOFT EXCEL	08	2021
SENA - SERVICIOS EMPRESARIALES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		EMPODERANDO EQUIPOS DE TRABAJO	09	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	100	X		ELABORACIÓN DE GUÍAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	09	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		APLICACION DE METODOLOGIAS PARA EL DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR	10	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Orientar formación a distancia de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa - NIVEL INTERMEDIO	12	2021

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LA MARIA IPS SAS SALUD INTEGRAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PITALITO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3138382348	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	14	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR DE CALIDAD EN SALUD	*DEPENDENCIA* ASEGURAMIENTO Y AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null CARRERA 5 # 6 -50					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LA MONTAÑITA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* LA MONTAÑITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4300170	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	27	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA DESPACHO					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LA MONTAÑITA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* LA MONTAÑITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3204410847	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA DESPACHO					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, OPERACION A CARGO DE AMERICAS BUSSINESS PROCESS SERVICES S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4251700	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR PROFESIONAL SUPERSALUD	*DEPENDENCIA* DESOACHO SUPERINTENDENCIA					*DIRECCIÓN* Av el Dorado # 85D -55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HEON - HEALTH ONLINE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2543570	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA AUDITOR	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES INTEGRALES, Y ASESORIAS EN SALUD: PROYECTO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106790533	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	12	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRADOR AUDITOR					*DIRECCIÓN* CALLE 95 42 32					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, OPERACION A CARGO DE AMERICAS BUSSINESS PROCESS SERVICES S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4251700	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR PROFESIONAL SUPERSALUD	*DEPENDENCIA* DESOACHO SUPERINTENDENCIA					*DIRECCIÓN* Av el Dorado # 85D -55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD PEOPLE CONTACT S.A.S, TRABAJO EN MISION SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6078382	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	05	*Año* 2015	*Día*	19	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EXPERTO EN SALUD	*DEPENDENCIA* ADM. COORDINACION Y DIRECCION					*DIRECCIÓN* CALLE 72 13 23					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD PEOPLE CONTACT S.A.S, TRABAJO EN MISION SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6078382	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	12	*Año* 2014	*Día*	27	*Mes*	01	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EXPERTO EN SALUD	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 72 13 23					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD AUDIFARMA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5874700	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2013	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL REVISOR FACTURADOR	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 12C 79 25 parque industrial villa alsac					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALIANZA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5874700	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REVISOR FACTURADOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 12C 79A 25						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TALENTUM: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL DE SAN JOSE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7425770	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	05	*Año* 2009	*Día*	12	*Mes*	06	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE REFERENCIA, Y CONTRARE	*DEPENDENCIA* AREA DE REFERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 52 67A 71						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM- SUBDIRECCION DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6468000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2007	*Día*	07	*Mes*	05	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE OFICINA	*DEPENDENCIA* AUTORIZACIONES DE SALUD					*DIRECCIÓN* Av Cra 68 # 90-88						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM- SUBDIRECCION DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6468000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	10	*Año* 2006	*Día*	08	*Mes*	10	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL (AUXILIAR ATENCION AL USUARIO	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Av Cra 68 # 90-88						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM- SUBDIRECCION DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6468000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2006	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE SERVICIO SALUD	*DEPENDENCIA* CENTRAL DE REFERENCIA					*DIRECCIÓN* Av cra 68 # 90-88						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	04	*Año* 2005	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE MERCADEO DE PARTI	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 34						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	04	*Año* 2004	*Día*	15	*Mes*	04	*Año*	2005	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE MERCADEO DE PARTI	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 34						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	06	*Año* 2003	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2004	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE MERCADEO DE PARTI	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 34						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2002	*Día*	29	*Mes*	06	*Año*	2003	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE MERCADEO DE PARTI	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 34						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2002	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2002	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE MERCADEO DE PARTI	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 34						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346763	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	09	*Año* 2001	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE ATENCION AL AFIL	*DEPENDENCIA* AREA EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESSAC ? ASMET SALUD- ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4341819	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 1998	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE PARTICIPACION	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 8B 6 53 B. LAS AVENIDAS					

6 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3204410847	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	12	*Mes:*	05	*Año:* 2025	*Día:*	19	*Mes:*	12	*Año:*	2025
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 72B 76 2 CALLE 72 B # 76-02					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3204410847	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	15	*Mes:*	08	*Año:* 2024	*Día:*	13	*Mes:*	12	*Año:*	2024
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 3 0A 3 KM 3 VIA AEROPUERTO					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3204418047	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	05	*Mes:*	02	*Año:* 2024	*Día:*	05	*Mes:*	08	*Año:*	2024
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 3 3A 3 km 3 via al aeropuerto					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 32044108478	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	06	Mes:	02	Año: 2023	Día:	15	Mes:	12	Año:	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - CALLE 33 F # 8 BIS -04						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3204410847	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	04	Mes:	08	Año: 2022	Día:	17	Mes:	12	Año:	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN TRANSVERSAL - KM 3 VIA AEROPUERTO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3204410847	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2022	Día:	27	Mes:	07	Año:	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 3 NORTE - KM 3 VIA AEROPUERTO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3204410847	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	13	Mes:	04	Año: 2021	Día:	18	Mes:	12	Año:	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN AVENIDA 3 NORTE - KILOMETRO 3 VIA AL AEROPUERTO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3204410847	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	17	Mes:	02	Año: 2020	Día:	12	Mes:	12	Año:	2020	
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 3 3 3 KM 3 via aeropuerto						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS 3204410847	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	02	Año:	2019	Día:	18	Mes:	12	Año:	2019
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN TRANSVERSAL 3 3 3 Km 3 via aeropuerto							
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA OTRAS ENTIDADEZ			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS 3204410847	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	22	Mes:	04	Año:	2017	Día:	30	Mes:	11	Año:	2018
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN CALLE 74A 20 29							

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

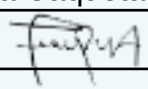
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
EXPERIENCIA DOCENTE	5	10

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 Florencia Caqueta 15 de Enero de 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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