FORMATO COMPLETO

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*
TAPIERO	COBALEDA	MARIA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1109494221

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 19 MES 11 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO SALDAÑA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA 9 CASA 25 LA ADIELA

PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO ARMENIA

TELÉFONO 3176693108 EMAIL alejandratapiero6@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*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2010

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	10	X		TRABAJO SOCIAL	07	2016	324911137-1

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)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*

FORMATO COMPLETO

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 55				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MENTAL FILANDIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* FILANDIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6067368970	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	16	*Mes*	12	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 55				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTE Y RECREACION DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	08	*Año* 2023	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA TECNICA					*DIRECCIÓN* CARRERA - 12 # 22-37						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD - FUNDACIÓN FUNDAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA-TRABAJADOR SOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA TECNICA					*DIRECCIÓN* - ARMENIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN PARA LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR- FUNOF			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6661473	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	06	*Mes*	02	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR					*DIRECCIÓN* - ARMENIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTE Y RECREACION DEL QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7393395	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA TECNICA					*DIRECCIÓN* CARRERA - 12 # 22-37						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FENACORSOL IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7455515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* APOYO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CLL 3 FINCA LA FE						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* AGUA DE DIOS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5940530	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* COORDINACION Y TRABAJADORA SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 70 N 9 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* AGUA DE DIOS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5940530	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* COORDINACION Y TRABAJADORA SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 70 N 9 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTIVOS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* AGUA DE DIOS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5940530	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* COORDINACION Y TRABAJADORA SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 70 N 9 32						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORFUTURO - IWOKE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* AGUA DE DIOS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3610833	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	04	*Mes*	08	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROMOTORA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 12 D 22 56						

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*						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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*