



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

www.formasminerva.com

Fecha 07 M 12 A 2023	Empleo o cargo al que aspira
---------------------------------	------------------------------

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

Apellido(s) del aspirante zapata usme		Nombre(s) del aspirante Blanca Aurora	
Fecha de nacimiento 03 M 7 A 1971	Lugar de nacimiento San Rafael		
Dirección domicilio / Barrio cra 48 N° 140 Sur 43		Ciudad	
Teléfono 3117904802		N°. Celular 3117904802	
Correo electrónico Blancaaurorazapata8@gmail.com		Nacionalidad colombiana	



Profesión, ocupación u oficio oficios varios	(*) Estado civil casada	Años de experiencia laboral 8
---	----------------------------	----------------------------------

DOCUMENTACIÓN (** Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995)			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 113700972	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____	Categoría _____

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable y puntual.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha 021 M 6 A 2023
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Mínimo
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

11767967



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Luis Emilio Tirado Sandoz		Profesión, ocupación u oficio pensionado		Empresa donde trabaja Valeria	
Cargo actual Desempleado		Dirección Cra 48 No 140 Sur 83		Teléfono 322 507 1189	
Ciudad caldas		No. de personas que dependen económicamente de usted 1.		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria	1990	5	primaria	marcela Arbealace	San Rafael	
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	1996	11	Secundaria	Joaquín Cárdenas	San Carlos	
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>						
Posgrados						
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución		
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución		
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)						
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB		
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB		
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	Habla	
	2.	R B MB	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 Ecolimpieta		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios varios		Área del cargo		Fecha Ingreso 21 M 6 A 2019		Fecha Retiro 23 M 12 A 23	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial \$ Mínimo		Sueldo Final \$ Mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Luis Carlos Cano		Cargo Supervisor					
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro terminacion de contrato							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial	Sueldo Final
			D	M	A	D	M	A
						\$		\$
Funciones realizadas								
Nombre de su jefe inmediato						Cargo		
Logros obtenidos								
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>								
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>								
Motivo del retiro								

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial	Sueldo Final
			D	M	A	D	M	A
						\$		\$
Funciones realizadas								
Nombre de su jefe inmediato						Cargo		
Logros obtenidos								
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>								
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>								
Motivo del retiro								

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Amparo Giraldo	Modista	Barrio America	2338570
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Luz Marina Ospina	Modista		5395740
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>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).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>Blanca Aurora Zapata</i> C.C. 43700972</p>
--	--	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

OP
53565

Blank lined area for additional notes.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.700.972**

ZAPATA USME

APELLIDOS

BLANCA AURORA

NOMBRES

Blanca Aurora Zapata

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1971**

SAN RAFAEL
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

11-SEP-1989 SAN RAFAEL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0107000-00033982-F-0043700972-20080730

0001629295A 1

7000008581



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	43700972
NOMBRES	BLANCA AURORA
APELLIDOS	ZAPATA USME
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	CALDAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/27/2023 15:19:31 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: *Blanca Aurora*

Apellidos: *Zapata Usme*

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. *13.700.472*

Fecha de nacimiento: Día *03* Mes *07* Año *1971*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10/07/21	Janssen	212A21A	E.S.E. H.S.U.P. Caldas	Margarita Bolívar	13.468.341
	3	11/12/21	Moderna	940874	COMFAMA Caldas	Alexa Higuera	1037075841
	4.						

CERTIFICA QUE

La señora, **BLANCA AURORA ZAPATA USME** identificada con cedula de ciudadanía número 43.700.972 de San Rafael, labora en esta empresa en el cargo de **OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA** con contrato a termino Fijo inferior a un año, devengando salario de UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE (\$1,160,000), más todas las prestaciones de ley.

Fecha inicio	Fecha finalización	Cargo
2023-06-21	2023-10-15	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
2023-10-16	2023-12-15	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
2023-12-16	2023-12-23	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA

Esta certificación es expedida en la ciudad de Bogotá el 22 de Diciembre del 2023 a solicitud del interesado.


JUAN PABLO FLOREZ

DIRECTOR DE RECURSO HUMANO.

Elaboró: Nicoll Jimena Téllez Vargas

Reviso: Juan Pablo Florez

Aprobó: Juan Pablo Florez

Nota: Toda certificación deberá ser validada y confirmada a través de nuestro correo electrónico direccionth.utecolimpieza@ecoservir.com, adjuntando escáner de la misma.

Linea corporativa nómina: 317 5881719

Linea corporativa recepción: 315 2579888

Linea corporativa recursos humanos: 316 4730361

T.B.



Evalúa Salud IPS

Medicina laboral a otro nivel

Nombre: BLANCA AURORA ZAPATA USME

Cedula: 43700972

Fecha: 9/1/2023

*Un año de vigencia

ESIPS-001

Exámenes

Coprológico | KOH Uñas | Frotis Faríngeo

Según diagnóstico clínico apoyado y de laboratorio.

Certifica

Nit: 900380150-0
L.S.O. 1
Res: 171107102113
Evalúa Salud
Salud Ocupacional
Carrera 45A No. 93 - 56 La Castellana
Tel.: 801 200.7 - 695 5513

El portador NO presenta enfermedad infecto contagiosa que impida vivir con la comunidad y se encuentra apto para ejercer esta profesión.

Para información adicional comuníquese con la IPS



INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOAQUÍN CÁRDENAS GÓMEZ
San Carlos, Antioquia
NIT: 811.024.186-7

SAN CARLOS, FEBRERO 23 DE 2010

CONSTANCIA 009

DANE 10564900014

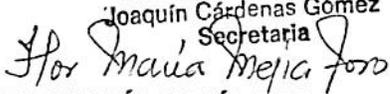
LA Rectora(E) Y LA SECRETARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOAQUÍN CÁRDENAS GÓMEZ (ANTES LICEO) DEL MUNICIPIO DE SAN CARLOS, ESTABLECIMIENTO OFICIAL APROBADO POR SEDUCA SEGÚN RESOLUCIÓN 1390 DEL 18 DE FEBRERO DE 2003 Y QUE EN SU PARTE RESOLUTIVA DICE: CONCEDER RECONOCIMIENTO OFICIAL A PARTIR DEL AÑO 2003 A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA J.C.G. Y AUTORIZARLA PARA QUE IMPARTA EDUCACIÓN FORMAL EN LOS NIVELES DE PREESCOLAR, EDUCACIÓN BÁSICA: CICLO PRIMARIA, GRADOS 1º 2º 3º 4º Y 5 Y CICLO SECUNDARIA: GRADOS 6º 7º 8º Y 9º Y EL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA, GRADOS 10º Y 11º BAJO UNA SOLA ADMINISTRACIÓN. INSTITUTO PÚBLICO DE CARÁCTER MIXTO, CALENDARIO A.

HACEN CONSTAR:

Que **BLANCA AURORA ZAPATA USME** con cédula número 43.700.972 de San Rafael, Antioquia, cursó y aprobó en este establecimiento educativo el grado **UNDÉCIMO (11º)** de Educación Media Académica, durante el año 1996 obtuvo el título de **BACHILLER ACADÉMICO CON ÉNFASIS EN TECNOLOGÍA Y CIENCIAS**.

Esta constancia se expide a solicitud verbal del (la) interesado(a) y para los efectos que estime convenientes.


Institución Educativa
Joaquín Cárdenas Gómez
RECTOR
BLANCA ROSA ESTRADA PULGARÍN
C.C. 32.447.162 de Medellín, Ant.
Rectora(E)


Institución Educativa
Joaquín Cárdenas Gómez
Secretaria
FLOR MARÍA MEJÍA TORO
C.C. 21.998.413 de San Carlos, Ant.
Secretaria



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 237601634



PIB
15:25:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de diciembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BLANCA AURORA ZAPATA USME identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 43700972:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Protección

Fondo de Cesantías Protección

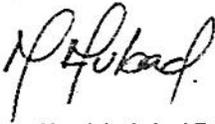
NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **BLANCA AURORA ZAPATA USME** identificado(a) con CC número **43.700.972** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, se encuentra en estado Inactivo en el FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023122715222



A QUIEN PUEDA INTERESAR

La empresa ASEAR S.A. E.S.P., con Nit 811044253-8 y domicilio en la ciudad de Medellín CRA 51 C 12 B S 66, teléfono 3222278 Ext 101.

CERTIFICA QUE:

El (a) señor (a) **BLANCA AURORA ZAPATA USME** identificado (a) con cedula de ciudadanía número **43.700.972** desempeñó (a) los siguientes cargos.

CARGO			SALARIO
OPERARIO DE ASEO TIEMPO COMPLETO			\$ 1.160.000
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TIPO DE CONTRATO	ESTADO
05-01-2023	ACTIVO	OBRA O LABOR	ACTIVO

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado el Jueves 15 de Junio del 2023.

Para mayor información favor comunicarse telefónicamente al 3222278 ext 101.

Atentamente,

ALBERTO ANTONIO GARCIA

C.C. 15.253.986

GERENTE

ASEAR S.A. E.S.P.

TLFNO: 3222278 EXT 101

FYH: 2023-06-15 08:31:44-14562