

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 M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante GONZALEZ TENICA		Nombre(s) del aspirante Lina Mariene	
Fecha de nacimiento D 16 M 06 A 1976		Lugar de nacimiento ZI PAGOYA	
Dirección domicilio / Barrio C118-SUR 14B-12		Ciudad CAJICA	
Teléfono		N°. Celular 3138367053	
Correo electrónico		Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil CASADA	
		Años de experiencia laboral	



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52.665.116	(**) 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
				Independiente <input type="checkbox"/>	
¿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 D M A	
				¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
				Nombre Dependencia	
¿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? \$	
				¿Cuánto es su aspiración salarial? \$	
¿Por qué conceptos?					
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

01195220

7 702124 007813 >

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Juan David Gracia		Profesión, ocupación u oficio Operario		Empresa donde trabaja Emcocables	
Cargo actual Cerrador		Dirección Km 5.5 via ZIPA		Teléfono 3766030	
Ciudad CAUCA		No. de personas que dependen económicamente de usted 1		Parentesco Hijo.	
Edades 14 años		Nombre(s) padre(s) Alica Tenjica		Profesión, ocupación u oficio Hogar	
Teléfono(s) 3108647307		Nombre(s) hermano(s) Aniceto González		Profesión, ocupación u oficio Independiente	
Teléfono(s) 3114750029		Nombre(s) hermano(s) Eucariz González		Profesión, ocupación u oficio Hogar	
Teléfono(s) 3138089740		Nombre(s) hermano(s) Omar González		Profesión, ocupación u oficio Independiente	
Teléfono(s) 3132523976					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1986	5º		Pomplio Martínez	CAUCA
Bachillerato Académico	1996	11º	Bachiller	Antonio Nariño	CAUCA
Técnico					
Comercial					
Otro					
Educación Superior					
Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente?		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>
			Nocturno <input type="checkbox"/>	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"/>	1.	R B MB	Escucha	R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.	R B MB	Lectura	R B MB
				Escritura	R B MB
				Habla	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 Lobena.		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Monitorea de ruta		Área del cargo		Fecha Ingreso 10/08/2015		Fecha Retiro 10/01/2019	
Sueldo Inicial \$		Sueldo Final \$					
Funciones realizadas velar por la seguridad de los niños dentro de la ruta escolar.							
Nombre de su jefe inmediato MAURICIO SOCHA				Cargo Coordinador de ruta			
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 ASSUT MEDICAL		Actividad Económica		Dirección Vereda Carabon Cúica		Teléfono(s) 918661762	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria		Área del cargo		Fecha Ingreso D 11 M 02 A 2019	Fecha Retiro D 07 M 07 A 2019	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas Enrollado.							
Nombre de su jefe inmediato Johana				Cargo Jefe de area			
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 checked="" 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 Término de contrato.							

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 <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 Pedro leal	Ocupación Farmacéuta	Dirección Cll 5 # 1-52 Sur Cúica	Teléfono 3103107063
2.	Nombre Minom Aguirre	Ocupación Hogar	Dirección Cúica Vda Carabon	Teléfono 310324381
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Juan D. Gracio	Ocupación Operario.	Dirección Cll 8 Sur 14B-12 Cúica	Teléfono 3142407314
2.	Nombre Eucari Z González	Ocupación Hogar	Dirección Cúica	Teléfono 3138089940

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 52.665.116
---	---	---