FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 09-dic-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUARIN	PINZON	ALDEMAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79064061

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79064061 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES NOV AÑO 1975

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO LA MESA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 11A 79 A 28

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 2302594

EMAIL aldemarguarinhtunjuelito@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1995
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10		X	ECONOMISTA	6	2007	No especificada
TC	9	X		TECNICO PROFESIONAL COMERCIO INTERNACIONAL	11	2001	No especificada

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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
Ingles			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 09-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED SUR DE SERVICIOS DE SALUD	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: aldemarguarinhtunjuelito@gmail.com
TELÉFONOS: 2302594	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE FACTURACION	*DEPENDENCIA*: FACTURACION		*DIRECCIÓN*: DG 53 No 59A 11 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL TUNJUELITO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: aldemarguarinhtunjuelito@gmail.com
TELÉFONOS: 2302594	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 11 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE FACTURACION Y ATENCION	*DEPENDENCIA*: FACTURACION		*DIRECCIÓN*: DG 53 N 59 A 11 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL EL TUNAL ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: guarinp.aldemar@hospitaleltunal.gov.co
TELÉFONOS: 7428585	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA*: FACTURACION		*DIRECCIÓN*: CRA 20 N 47B 35 SUR

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 09-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: EMA ANDINA LTDA DOQUIER SAS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerenciaemandina@gmail.com	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 5 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 3 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA*: GERENCIA	*DIRECCIÓN*: CRA 71 B N 52 A 09	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALMAVIVA S.A	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 7 AÑO 2003	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 5 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO: ANALISTA INSTITUCIONAL	*DEPENDENCIA*: PROYECTO COLMOTORES	*DIRECCIÓN*: CALLE 57 NO 58 A 07	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	4	2
PRIVADO	8	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 09-dic-2017

BOGOTA DICIEMBRE 11/2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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