FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-jul-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MUÑOZ	CLAVIJO	ESPERANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52006214	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES OCT AÑO 1970

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CR 4 ESTE 31 47

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 9010122

EMAIL panchisvilla_@hotmail.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 NOVIEMBRE AÑO 1988

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SECRETARIA GENERAL	SENA	1993	1600

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-jul-2021

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5552444	DIA 1 MES 8 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR	AUTORIZACIONES	Calle 9 No. 39 - 46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL BOSA SEGUNDO NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	bosa@esebogota.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7764038	DIA 7 MES 11 AÑO 2009	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Autorizaciones	Autorizaciones	CLL 65 D SUR 79 C 90

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3419413	DIA 16 MES 7 AÑO 2009	DIA 31 MES 10 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Técnico administrativo	Facturación	Crr 9 Nº 17 - 24

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-jul-2021

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: HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2913300	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 7 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: Técnico administrativo	*DEPENDENCIA*: Facturación	*DIRECCIÓN*: TV, 100 A Nº 80 A - 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: PROMOVIENDO COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: promoviendo@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3681103	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 2 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE FACTURACIÓN	*DEPENDENCIA*: Facturación	*DIRECCIÓN*: CRR. 29 Nº 39-65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SERVIOLA S.A	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 4200172	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 5 AÑO 2000	*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 6 AÑO 2000	
CARGO O CONTRATO: Cajero	*DEPENDENCIA*: Facturación	*DIRECCIÓN*: Av. de las americas nº 62-62	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-jul-2021

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: ACTIVOS S.A	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 5421600	FECHA DE INGRESO: DIA 21 MES 12 AÑO 1999	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 4 AÑO 2000	
CARGO O CONTRATO: Cajero	DEPENDENCIA: Facturación	DIRECCIÓN: Cll. 70 Nº 9-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Garces Navas I nivel	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 4100689	FECHA DE INGRESO: DIA 5 MES 6 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 7 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar administrativo	DEPENDENCIA: Facturación	DIRECCIÓN: Cll. 48 Nº 73a-51/55	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Garces Navas I nivel	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 4100689	FECHA DE INGRESO: DIA 5 MES 2 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO: DIA 4 MES 5 AÑO 1996	
CARGO O CONTRATO: Supernumerario	DEPENDENCIA: Facturación	DIRECCIÓN: Cll. 48 Nº 73a-51/55	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 18-jul-2021

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*
Privada	4	10
Pública	14	4
Total	19	3

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 INCOMPATIBILIDAD 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 190/95).

Bogotá D.C. - 18-jul-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Esperanza Muñoz C.
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