



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 21-ago-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LAITON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROJAS	NOMBRES MARTHA LUCIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>52195861</u>	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>26</u> MES <u>MAR</u> AÑO <u>1973</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA <u>73C#42-21</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>5644479</u> EMAIL <u>marthal-06@hotmail.com</u>

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	BACHILLER COMERCIAL		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	<u>DICIEMBRE</u>	AÑO	<u>1996</u>

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	GRUPO OPERATIVO DE ESPECIALISTAS EN	2020	30
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE	GRUPO OPERATIVO DE ESPECIALISTAS EN	2020	40
SOPORTE VITAL BÁSICO	FUSDESA	2019	20
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	FUSDESA	2002	1800



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 21-ago-2021

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
inglés	X			X			X		

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 suramericana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD thcentro@suramericana.com.co	
TELÉFONOS 2602100	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN ac 26 # 68b-31	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CEPAIN IPS S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NO ESPECIFICA	
TELÉFONOS 4320630	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN CRA 69 # 98 a 11	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PROVIENDO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NO ESPECIFICA	
TELÉFONOS 3681104	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIAS PEDIATRICAS	DIRECCIÓN CRA 29 # 39 65	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 21-ago-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	6	9
Pública	1	4
Total	8	2

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO 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. - 21-ago-2021
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