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 Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 07-abr-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
TORRES	PUENTES	DEISY YANIRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52663704	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES JUL AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Funza

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 22 a #7-110 sur agrupación: 8 bloque :7 casa: 31

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Madrid TELEFONO 3756579

EMAIL deisy_torres2707@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 academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11° X	MES JULIO AÑO 2012

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
atención integral en salud a victimas de violencia	INCATEC	2019	40
SOPORTE VITAL BASICO	INCATEC	2019	20
TOMA DE MUESTRAS	INCATEC	2019	20
TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITUTO DE CAPACITACIÓN TÉCNICO	2016	1800

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 Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización 07-abr-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: E.S.E Hospital Santa Matilde	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Madrid		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hmadrid@cundinamarca.gov.co
TELÉFONOS: 5461950	*FECHA DE INGRESO*: DIA 25 MES 11 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: apoyo al convenio interdministrativo de		*DIRECCIÓN*: carrera 6 N° 11 -45

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: certificacionesops@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS: 3013810285	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 5 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO: auxiliar do enfermeria	*DEPENDENCIA*: salud publica		*DIRECCIÓN*: calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Madrid		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hospitalmadrid@gmail.com
TELÉFONOS: 5461950	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 6 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO: auxiliarenfermeria	*DEPENDENCIA*: area salud publica		*DIRECCIÓN*: carrera 6#11-45

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 Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 07-abr-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO Ó CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Madrid	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hospitalmadrid@gmail.com	
TELÉFONOS: 5461950	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: area salud publica	*DIRECCIÓN*: carrera 6 #11-45	

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	0	0
Pública	1	8
Total	1	8

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 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota DC 07-04-2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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 Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 07-abr-2021

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