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 2.0

Última Actualización: 13-nov-2020

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| CRUZ | RODRIGUEZ | LINA MARIA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52707184

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 7 MES ENE AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 66 A N. 98-49

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8031479

EMAIL linacruzbact@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°.* | MES DICIEMBRE AÑO 1996 |

***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* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Universitaria | 10 | X | | BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO | 12 | 2001 | 52707184 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| Capacitación de sífilis congenita y gestacional | Subred Integrada de Servios de Salud Sur | 2019 | 36 |
| Curso virtual en seguridad del paciente | Subred Integrada de Servicios de Salud SUR | 2019 | 52 |
| Entrenamiento en Atención integral a victimas de | Subred Integrada de Servicos de Salud Sur | 2018 | 6 |
| SEMINARIO DE ACTUALIZACION | UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE | 2015 | 12 |

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 2.0

Última Actualización: 13-nov-2020

## 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*: VIRREY SOLIS I.P.S. | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@virreysolis.com | |
| *TELÉFONOS*: 4473535 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 9 AÑO 2008 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 6 MES 9 AÑO 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO*: BACTERIOLOGA | *DEPENDENCIA*: LABORATORIO CLÍNICO | *DIRECCIÓN*: Cra 67 Nº 4 g 78 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: MD DIAGNOSTICOS | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerenciaestrategicos@tutopia.com | |
| *TELÉFONOS*: 2879144 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 11 AÑO 2007 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 1 AÑO 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO*: Bacteriologa | *DEPENDENCIA*: Laboratorio Clínico | *DIRECCIÓN*: Av Calle 39 Nº 14-89 | |

## 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 | 2 |
| Pública | 7 | 11 |
| Total | 12 | 1 |

## 5 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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 13-nov-2020

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| CURSO BASICO DE MEDICINA | COORDINACION DE LA RED DISTRITAL DE | 2015 | 40 |
| DIAGNOSTICO CITOMORFOLOGICO EN | UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE | 2014 | 10 |
| DIPLOMADO BANCO DE SANGRE ,SERVICIO DE | UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE | 2012 | 91 |
| DIPLOMADO GERENCIA DE LA CALIDAD EN | UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE | 2012 | 88 |
| CURSO DE GESTION DE LA CALIDAD | ACG CALIDAD | 2009 | 36 |
| Curso Teórico practico en control de cáncer de | Instituto Nacional de Cancerología | 2007 | 24 |

***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*<br>HOSPITAL MEISSEN | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>laboratorioclinicomeissen@gmail.gov.co |
| *TELÉFONOS*<br>7923385 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 1 MES 12 AÑO 2012 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>BACTERIOLOGA | *DEPENDENCIA*<br>LABORATORIO CLINICO | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 60 G SUR N. 18 A BIS 09 |

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 2.0

Última Actualización: 13-nov-2020

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).

Bogotá - 19 Noviembre / 2020
*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*