Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CARDENAS	JIMENEZ	LUZ NELLY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [✓] C.E. [ ] PAS [ ] N° 52.424.549

SEXO: F [✓] M [ ]

NACIONALIDAD: COL. [✓] EXTRANJERO [ ] PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CLASE [ ] NÚMERO _____ D.M. _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 02 MES 11 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 9B No. 69 54

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 4708137 EMAIL: luznellycj@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	DICIEMBRE DE 1995			
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	11 X	MES	12	AÑO	1994	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

***TC** (TÉCNICA),* ***TL** (TECNOLÓGICA),* ***TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA),* ***UN** (UNIVERSITARIA)*

***ES** (ESPECIALIZACIÓN),* ***MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER),* ***DOC** (DOCTORADO O PHD),*

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

MODALIDAD ACADÉMICA	N° DE SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	N° DE TARJETA PROFESIONAL
UN	11	[✓]	[ ]	INGENIERA DE ALIMENTOS	12	2004	25254118047
ES	3	[✓]	[ ]	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA	12	2017	
		[ ]	[ ]				

*ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA , LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **(R)** , BIEN **(B)** O MUY BIEN **(MB)***

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES	[✓]	[ ]	[ ]	[✓]	[ ]	[ ]	[✓]	[ ]	[ ]
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
USS VISTA HERMOSA	☑	☐	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD*
BOGOTA	BOGOTA	www.hospitalvistahermosa.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO: EMPLEO ACTUAL*
7300000 EXT 72415	DÍA 15 MES 07 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INGENIERA DE ALIMENTOS	SALUD PUBLICA	KR 37 A No. 64C 10 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	☑	☐	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	www.hospitalrafaeluribe.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2092480- 5966600	DÍA 01 MES 11 AÑO 2012	DÍA 27 MES 05 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INGENIERA DE ALIMENTOS	SALUD PUBLICA	Cra. 12g No. 22 – 11 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
TEMPORALES UNO A (HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE)	☐	☑	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	www.temporalesunoa.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3200977	DÍA 16 MES 02 AÑO 2011	DÍA 30 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INGENIERA DE ALIMENTOS	HOSP. RAFAEL URIBE SALUD PUBLICA	Cra. 16 #36-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO	☑	☐	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTA	www.inpec.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2347474 ext 123-303	DÍA 18 MES 01 AÑO 2010	DÍA 31 MES 12 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INGENIERA DE ALIMENTOS	SALUD	Calle 26 N 27-48

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COINTRASALUD(HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y CHAPINERO	☐	☑	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	*BOGOTA*	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 08 MES 05 AÑO 2006	DÍA 03 MES 06 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INGENIERA DE ALIMENTOS	*SALUD PUBLICA*	*Cl 139 36-51*

NOTA: *SI QUIERE ADICIONAR MÁS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA O COPEE NUEVAMENTE ESTA HOJA*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	11	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Bogotá, 29 de Octubre de 2018*

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