



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA FORMACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ALBARRACIN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARCHILA	NOMBRES JUDY CARINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52348848	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES SEP AÑO 1977 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 73b #94-42 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 2528836 EMAIL judyalbarracin@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 BACHILLER COMERCIAL	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	DIC	1994

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	9	X	TERAPEUTA RESPIRATORIA	11 2000	52348848
ES	2	X	ESPECIALISTA EN AUDITORIA CLINICA	3 2017	027638

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		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDE APO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

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 CENTRO ORIENTE E.S.E		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3282828 / 2880519	DÍA 1 MES 1 AÑO 2016		DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
TERAPEUTA RESPIRATORIA	UNIDAD SANTA CLARA CUIDADOS	Calle 14 B # 1-45 sur		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3282828	DÍA 19 MES 5 AÑO 2015		DÍA 9 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
TERAPEUTA RESPIRATORIA UCI	CUIDADOS INTENSIVOS	CRA 14B N. 1 54 SUR		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MILITARCENTRAL		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	servicioalcliente@hospitalmilitar.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3286868	DÍA 6 MES 6 AÑO 2014		DÍA 30 MES 11 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
TERAPEUTA RESPIRATORIA	UCI NEONATAL	TRANSVERSAL 3 No. 49 00		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN GESTIÓN DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

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 SANTA CLARA E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD santaclara@gmail.com	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 8 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA UCI ADULTOS	DIRECCIÓN CARRERA 14B No. 1 54 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SERVIMEDICOS COOPERATIVA UNION SALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Meta	MUNICIPIO VILLAVICENCIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7727255 / 67333590	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	DIRECCIÓN Calle 33 # 40A-61	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SERVIMEDICOS PRECOOPERATIVA MEDAVIDA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Meta	MUNICIPIO VILLAVICENCIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cooperativaunionsalud@hotmail.com	
TELÉFONOS 6727255-6733590	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 9 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 5 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	DIRECCIÓN CALLE 33 No. 40A 61	

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
PUBLICO	5	10
PRIVADO	5	8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	6

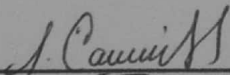
5

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 180/95).

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.

Bogotá 21-nov-2017
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS