



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.



Última Actualización: 23-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUIMBAYO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES JOHANNA CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52984070	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES ENE AÑO 1984 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 37 SUR # 39 A 57 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 7578865 EMAIL jqimbayo.ips.hco@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DIC	AÑO	2000
										X				

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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERO (A)		8	2007	



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.



Última Actualización: 23-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 SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444 484	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 6 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO	DEPENDENCIA 3444 484	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SOYGA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 541 3532	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 02 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 06 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ASESOR SST	DEPENDENCIA SST	DIRECCIÓN Cr. 97A No. 64F 24 Ofc. 201	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 209 14 80	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ESPECIALISTA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Calle 22 sur N. 8A 58	



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.



Última Actualización: 23-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 SAN BLAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 289 1100	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ESPECIALISTA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN Transversal 5 Este No. 19 50 Sur	

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	11
PRIVADO	4	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	11

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
Bogotá 10/12/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-nov-2017



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