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

Última Actualización: 12-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SILVA	CORTES	BLANCA NUBIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51659369

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 23 MES MAY AÑO 1962

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TV 78 I BIS A # 41 F 57 Sur

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 14035987

EMAIL bnubiasilva@yahoo.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 NO AÑO 1984
										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 ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	5	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA - CEMCA	11	1999	51659369
TC	5		X	SECRETARIA EJECUTIVA	4	1993	51659369

Scanned by CamScanner

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: 29-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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3282828	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 11 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFEREMRIA	*DEPENDENCIA*: UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO	*DIRECCIÓN*: CRA 14 N 1 45 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA ROSARIO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: unidadrosario/clinica.@gom	
TELÉFONOS: 6848484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 5 AÑO 2008	*FECHA DE RETIRO*: DIA 18 MES 1 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	*DIRECCIÓN*: AVENIDA 19 No. 135 24 CeDRITOS	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UNIDAD HOSPITALARIA HOCEN DIRECCION DE SANIDAD POLICIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 12 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: PEDIATRIA URGENCIAS MEDICINA IN	*DIRECCIÓN*: CAN CALLE 26 No. 47 15	

Scanned by CamScanner

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: 12-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 CAJA DE PREVISION SOCIAL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 10 MES 5 AÑO 1988		*FECHA DE RETIRO* DIA 1 MES 11 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO OFICIAL ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* RECURSOS HUMANOS		*DIRECCIÓN* AVENIDA SUBA No. 104 34

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	13	2
PRIVADO	1	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	14	10

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 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 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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: 12-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

Scanned by CamScanner