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 Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 31-jul-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BELTRAN	RUIZ	OSCAR JAVIER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80012423	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80012423 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES JUL AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kr 96 g# 18 - 44 apto 304

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 8145041

EMAIL ingoscar26@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 NOVIEMBRE AÑO 1997
										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*
UN	10	X		SIN REGISTRAR	3	2006	25260131210CND

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
Ingles		X			X			X	

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 Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 31-jul-2018

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 PABLO VI BOSA E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* No especifica
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 9 MES 10 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 10 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO INGENIERO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* MEDIO AMBIENTE SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CARRERA 77 L BIS No. 69 B 76 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 1 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 9 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO INGENIERO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* MEDIO AMBIENTE SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CARRERA 77 L BIS No. 69 B 76 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá, D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 1 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO PROFESINAL DE APOYO	*DEPENDENCIA* MEDIO AMBIENTE SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CARRERA 77 L BIS No. 69 B 76 SUR

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 Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 31-jul-2018

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: ORGANIZACION SERVICIOS Y ASESORIAS LTDA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá, D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gerenciabogota@serviciosyasesorias.com	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 6 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: REFERENTE DE AMBITO APOYO	*DEPENDENCIA*: SALUD PIBLICA , HOSPITAL PABLO VI	*DIRECCIÓN*: CALLE 98 No. 7 A 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá, D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA AMBIENTAL	*DIRECCIÓN*: CARRERA 77 L BIS No. 69 B 76 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	2	8
PRIVADO	1	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	3

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 190/95).

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 Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 31-jul-2018

Bogotá Enero 2019

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

Scanned by CamScanner