

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 E.S.E.

SIDEAP

Unidad Autorización: 05-50-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VARGAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTÓYA	NOMBRES ALEXANDRA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023885456	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR		PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES JUN AÑO 1989		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA alexavargasmontoya1@gmail.com	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.		
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5518848		
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL alexavargasmontoya1@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		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA).

TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA).

UN (UNIVERSITARIA).

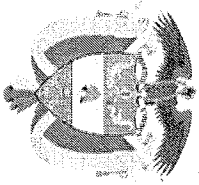
ES (ESPECIALIZACIÓN).

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
TC	3	X		auxiliar de enfermería	12	2013	1023885456



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 E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 09-dic-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	PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR	X				Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
3499080	DÍA 8	MES 2	AÑO 2018	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR EN ENFERMERIA	AMBULANCIA		CARRERA20 #47 B 35 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	3	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

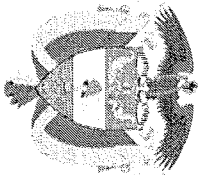
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI _____ NO _____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50, DE LA LEY 190/95),

Bogotá 6-12-2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



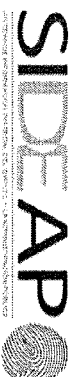
FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 03-40-2018

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 CONTRATADOS