# FORMATO ÚNICO
# HOJA DE VIDA
## Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E S E

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación: 14-dic-2021

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| BENAVIDES | TORRES | CRISTHIAN ALEJANDRO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C C (X) C E ( ) PAS ( ) No. 1033717665 | F ( ) M (X) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1033717665 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES ENE AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D C

CIUDAD Bogotá D C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 73SUR 9285

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D C

CIUDAD Bogotá D C TELEFONO 4652568

EMAIL alejandro717665diablo@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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° (X) | MES DICIEMBRE AÑO 2015 |

**OTROS ESTUDIOS**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Misión médica | Secretaria de salud | 2021 | 10 |
| Primer respondiente en salud | Secretaria de salud | 2021 | 16 |
| Bls | Sena | 2020 | 20 |
| auxiliar de enfermeria | fusdesa | 2015 | 1800 |



Powered 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 Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación.14-dic-2021

## 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 Norte E S.E. | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: Alejandro717665diablo@gmail.com | |
| TELÉFONOS: 3004120305 | FECHA DE INGRESO: DIA 12 MES 3 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermeria | DEPENDENCIA: Urgencias | DIRECCIÓN: Calle 66-20-15 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: hogar de paso la casita de todos | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: hogarlacasitadetodos@hotmail.com | |
| TELÉFONOS: 3115856267 | FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2016 | |
| CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria | DEPENDENCIA: asistencial | DIRECCIÓN: calle 10 su 11-30 | |

## 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 |
| Privada | 0 | 11 |
| Pública | 2 | 9 |



Powered 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 Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación:14-dic-2021

## 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 |
| Total | 3 | 8 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 190/95)

Bogotá D.C. - 15-nov-2021
*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*



Powered by CamScanner