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: 08-ene-2022

Fecha Validación:25-feb-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
NIÑO	OBREGON	LUZ DARYS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 32884715

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES ENE AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 46SUR 2365

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3005151505

EMAIL ninool.07@hotmail.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 comercial
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1994
										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*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	9	X		ENFERMERIA	6	2011	35014

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUE	CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ	2021	40
ADMINISTRACION SEGURA DE	CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ	2021	20
SOPORTE VITAL AVANZADO -ACLS	ASERPOL H.S.E.Q.	2021	40
SOPORTE VITAL BASICO - BLS	ASERPOL H.S.E.Q.	2021	20

Powered by CamScanner

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	ASERPOL H.E.S.Q.	2021	20
I FORO ETV DÍA "D" TODOS UNIDOS CONTRA	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y	2017	8
MANEJOS DE PROTOCOLO Y SEGUIMIENTO DE	ALCALDIA DE SOLEDAD Y FUNDACION LAMBDA	2017	8
METODOLOGIA DE AUTOEVALUACION PAMEC	FUNTECOL	2017	8
GUIAS DE ATENCION PARA PACIENTES CON	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPALY E.S.E.	2016	8
AIEPI CLINICO Y COMUNITARIO	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	2016	40
DIPLOMADO EN URGENCIAS CRITICAS	UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR	2011	300

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
español (o castellano)			X			X			X

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 Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* katherinuribe511@gmail.com
TELÉFONOS 4399090	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 7 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Enfermera Jefe	*DEPENDENCIA* Urgencas		*DIRECCIÓN* Av. 1 de mayo #40 B 54

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: 08-ene-2022

Fecha Validación:25-feb-2022

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 CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	*MUNICIPIO* Barranquilla		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* hosp3@clinicasanvicente.co	
TELÉFONOS 3674400	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 1 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA 10 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE DE HOSPITALIZACIÓN	*DEPENDENCIA* COORDINACIÓN DE ENFERMERIA		*DIRECCIÓN* Cl. 87 ##49C-34, Barranquilla, Atlántico	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN CLINICA CAMPBELL		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	*MUNICIPIO* Malambo		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* consultas@clinicacampbell.com.co	
TELÉFONOS 3809000	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 4 AÑO 2018		*FECHA DE RETIRO* DIA 11 MES 4 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE URGENCIA Y	*DEPENDENCIA* COORDINACIÓN MEDICA		*DIRECCIÓN* Calle 10a #18a278, Malambo, Atlántico	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	*MUNICIPIO* Soledad		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* jeynas-28@hotmail.com	
TELÉFONOS 3759400	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 11 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO COORDINADORA DE ENFERMERIA DE	*DEPENDENCIA* Subgerencia Cientifica		*DIRECCIÓN* Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia	

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: 08-ene-2022

Fecha Validación:25-feb-2022

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: E.S.E. HOSPITA MATERNO INFANTIL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Atlántico	*MUNICIPIO*: Soledad		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jeynas-28@hotmail.com
TELÉFONOS: 3759400	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 10 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA JEFE URGENCIAS	*DEPENDENCIA*: SUBGERENTE CIENTIFICA		*DIRECCIÓN*: Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Atlántico	*MUNICIPIO*: Soledad		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jeynas-28@hotmail.com
TELÉFONOS: 3759400	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 7 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA JEFE APS	*DEPENDENCIA*: SUBGERENCIA CIENTIFICA		*DIRECCIÓN*: Cr 40 33-06 Soledad, Atlántico, Colombia

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	1	11
Pública	5	0
Total	7	0

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: 08-ene-2022

Fecha Validación:25-feb-2022

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. - 08-ene-2022
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

Powered by CamScanner