



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-nov-2022

Fecha Validación: 28-nov-2022

1

DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO SEPÚLVEDA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FERNÁNDEZ | NOMBRES JESSICA SANDRID |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033791406 | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____ | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES AGO AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena CIUDAD Aracataca | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 80B # 6-34 TORRE C APTO 410 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5891356 EMAIL jesandrid18@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 BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO Bachillerato | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|---|------------------------|--|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | <input checked="" type="checkbox"/> 11° | MES DICIEMBRE AÑO 2012 | |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), 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 |
| Universitaria | 12 | X | MEDICINA | 11 2018 | |
| Universitaria | 12 | X | MEDICINA | 11 2018 | 1033791406 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| DIPLOMADO ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA | GESCONS | 2021 | 140 |
| SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO | GESCONS | 2021 | 48 |
| VENTILACIÓN MECÁNICA ENFOQUE COVID | GENCOS | 2021 | 24 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-nov-2022

Fecha Validación: 28-nov-2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|--|-----------------|-------|
| CURSO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS | IPS FUNDACION HOGARES BERTHEL | 2020 | 40 |
| CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PS | Fundación Hogares Bethel Centro de atención en | 2020 | 40 |
| DIPLOMADO DE URGENCIAS PARA MÉDICOS | FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS | 2019 | 160 |
| Curso de Autoaprendizaje de Leishmaniasis | Organización Panamericana de Salud | 2019 | 60 |
| 55° Curso Básico de Medicina Legal y Ciencias | Medicina Legal y Ciencias Forenses | 2019 | 24 |
| Curso de Víctimas de Violencia Sexual | E.S.E Hospital San José de la Palma | 2019 | 6 |
| Curso soporte vital avanzado, ACLS | GRUPO CATALEYA | 2018 | 24 |
| Curso soporte vital básico- BLS | GRUPO CATALEYA | 2018 | 24 |
| Curso Presencial de Código EFRAHIN, | GRUPO CATALEYA | 2018 | 12 |
| VIII Simposio de actualización en Urgencias | ASOCIACION NACIONAL DE INTERNOS Y | 2018 | 22 |
| Simposio Nacional de residentes de Medicina | Universidad de La Sabana | 2017 | 16 |
| II Simposio de Residentes de Medicina Interna | Hospital Universitario Clínica San Rafael | 2015 | 8 |
| Semana de la salud: inocuidad alimentaria | Universidad de Ciencias Aplicadas y ambientales U. | 2015 | 6 |
| TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN | ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS | 2012 | 1609 |
| Curso de Humanización de los servicios de salud | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA | 2012 | 40 |
| Curso de Fundamentos para la administración de | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA | 2012 | 40 |
| Curso de control de la infección en el medio | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA | 2012 | 40 |

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 |

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

sideap 2.0

Última Actualización: 28-nov-2022

Fecha Validación: 28-nov-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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| | | X | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | BHMIPS@GMAIL.COM | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 7452026 | DÍA 25 MES 3 AÑO 2020 | | DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| MEDICO DOMICILIARIA DE APOYO | MEDICO DOMICILIARIA | CRA 49 #95-90 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| BHM IPS - HACES INVERSIONES SAS | | X | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | bhmips@gmail.com | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 7452026 | DÍA 23 MES 3 AÑO 2020 | | DÍA 18 MES 8 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| Medico Domiciliaria de Apoyo Paliativo | Domiciliario | Cra. 49 #95- 90 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|--|--|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| E.S.E Hospital San José de la Palma y Centro de Salud San Antonio de Yacopí | X | | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Cundinamarca | La Palma | contactenos@esehospital-lapalma.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 3504264852 | DÍA 21 MES 12 AÑO 2018 | | DÍA 20 MES 12 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| Médico Rural | Urgencias, Consulta externa, Hospitalización | Cra. 5 # 1-04 | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-nov-2022

Fecha Validación: 28-nov-2022

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 | 2 | 8 |
| Pública | 1 | 0 |
| Total | 3 | 8 |

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 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. - 28-nov-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