



# 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.



Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

## 1 DATOS PERSONALES

|  |  |  |
|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO<br>ARAQUE  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>VILLARRAGA                       | NOMBRES<br>YENIFER YULIETH   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1030662776 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                     |  |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 20 MES ENE AÑO 1996<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 78J 54C 04 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3015051955<br>EMAIL yeniferaraque023@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

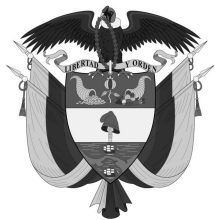
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       | TÍTULO bachiller |          |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|------------------|----------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO   |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES DICIEMBRE    | AÑO 2021 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                              | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|--------------------------|-----------------|-------|
| toma de muestras de laboratorio               | Angeles de la salud      | 2021            | 40    |
| SOPORTE VITAL BASICO                          | Angeles de la salud      | 2021            | 40    |
| curso atención a víctimas de violencia sexual | ifidhu                   | 2021            | 20    |
| auxiliar de enfermería                        | predesalud               | 2018            | 1800  |



# 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.



Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

## 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

| EMPLEO O CONTRATO  |  |   |                  |
|--|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>certificacionesops@subrednorte.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>4431790   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 29 MES 12 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO                                      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermería                               | DEPENDENCIA<br>salud publica               | DIRECCIÓN<br>calle 66 15- 41  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |  |  |                  |
|--|--|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>remeo medical servi   | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>seleccion.rrhh.rms@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>5556939                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 7 MES 5 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 3 MES 9 AÑO 2021                    |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermería | DEPENDENCIA<br>1.100.000                 | DIRECCIÓN<br>diagonal 40 A n° 13A- 32                      |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |  |   |                  |
|--|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>proseguir             | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>recursohumano@groseguir.org |                  |
| TELÉFONOS<br>9053965                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 6 MES 9 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 4 AÑO 2021                  |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermería | DEPENDENCIA<br>1.100.000                 | DIRECCIÓN<br>carrera16n°59-04                             |                  |



# 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**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

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   | 1                     | 2     |
| Total     | 3                     | 1     |

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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 27-feb-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

*Yuní/a*

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