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-mar-2023

Fecha Validación:28-mar-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MOSQUERA	PEREA	ALIX YUSELY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1076822532	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES JUL AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Chocó

CIUDAD Condoto

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 19B SUR 64-93

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6411456

EMAIL alixyuselym@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 BASICA											TITULO BACHILLER TECNICO AGROPRECUARIO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2012

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
VACUNACION CONTRA EL COVID	SECRETAIA DISTRITAL DE SALUD	2021	10
VACUNACION PAI	ASOCIACION AJUDISP	2021	20
SOPORTE VITAL BASICO	ASOCIACIN AJUDISP	2021	20
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2019	40
DIPLOMADO EN UNIDAD DE CUIDADOS	CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD	2019	120

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-mar-2023

Fecha Validación:28-mar-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		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*	
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3759569	DIA 1	MES 10	AÑO 2021	DIA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
auxiliar de enfermeria	entorno educativo			calle 132d #126c-22	

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*	
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3759569	DIA 9	MES 4	AÑO 2021	DIA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
auxiliar de enfermeria	pic covid			Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*	
domiciliario			X	Colombia	
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			dfcastroromero@hotmail.com	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3508338606	DIA 4	MES 2	AÑO 2018	DIA 15	MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
auxiliar de enfermeria	DOMICILIARIO			Carrera20 65-94	

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-mar-2023

Fecha Validación:28-mar-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	5
Pública	1	11
Total	3	5

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. - 28-mar-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alix Mosquera

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