Libertad y Orden

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Muñoz	Villamil	Nidia Esperanza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52494387	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 27 MES 08 AÑO 1978	CALLE 63B - 118B 15			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	7899447	EMAIL	mipanchavilla@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 OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1996
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD	04	2022	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL	07	2021	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	12	2020	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	03	2020	4497
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	09	2009	22013

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 4431790	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	09	Año	2018	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA: DESARROLLO SOCIAL-SALUDPUBLICA					DIRECCIÓN: CALLE 66 - 15 17						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SALUD VIDA S.A EPS		PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3274141	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	03	Año	2017	Día	15	Mes	11	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AAUDITOR MEDICO	DEPENDENCIA: ASEGURAMIENTO-AUDITORIA CUENTA					DIRECCIÓN: CALLE 40A - 13 06						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: 4. FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS BOGOTA MEDIANTE CONTRATO POR COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTION Y CALIDAD EFICIE		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3259500	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	03	Año	2016	Día	03	Mes	11	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL: APOYO PROFESIONAL ENFERMERA	DEPENDENCIA: ADMINISTRACION HOSPITALARIA					DIRECCIÓN: CARRERA 13 - 35 15 SUR						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3756579	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	11	Mes	04	Año	2013	Día	15	Mes	02	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL: ENFERMERO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA: ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN: CALLE 9 - 39 46						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3756579	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Dia	11	Mes	04	Año	2013	Dia	01	Mes	02	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	DEPENDENCIA ADMINISTRACION HOSPITALARIA						DIRECCIÓN CALLE 9 - 39 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CHAPINERO			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Dia	13	Mes	03	Año	2013	Dia	30	Mes	06	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CALLE 66 - 15 41					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SINGERSALUD			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS 3058172229	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Dia:	02	Mes:	12	Año:	2017	Dia:	05	Mes:	03	Año:	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN CARRERA 13 - 64 16 of 225					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS 7421964	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Dia:	05	Mes:	10	Año:	2016	Dia:	07	Mes:	12	Año:	2016
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN CALLE 69 - 15 40					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	6

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, 23 de FEBRERO de 2023

Fredia Exposito

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

1/03/2023

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS