



# 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: 15-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>HINCAPIE                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>HINCAPIE                         | NOMBRES<br>GINNA ALEXANDRA                                                                                                                             |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1014240582 | 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 DIC AÑO 1992<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 3617205<br>PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca<br>CIUDAD Soacha TELEFONO 3115878102<br>EMAIL alexita201912@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 BACHILLER |           |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO   |           |     |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES              | NOVIEMBRE | AÑO | 2010 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| AUXILIAR EN ENFERMERIA | FUSDESA                  | 2012            | 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: 15-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-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 Norte E.S.E. | X                                       |                                    | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO                               | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |                 |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.                             | correspondencia@subrednorte.gov.co |                 |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO                        |                                    | FECHA DE RETIRO |
| 6014431790                                          | DÍA 22                                  | MES 11 AÑO 2021                    | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA                             | DIRECCIÓN                          |                 |
| aux enfermería                                      | direccion de gestion de riesgo en salud | calle 66 N 15 41                   |                 |

| EMPLEO O CONTRATO   |                  |                                       |                       |
|---------------------|------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA          | PRIVADA                               | PAÍS                  |
| COMPENSAR           |                  | X                                     | Colombia              |
| DEPARTAMENTO        | MUNICIPIO        | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |                       |
| Bogotá D.C.         | Bogotá D.C.      | servicioalcliente@impulsotemporal.com |                       |
| TELÉFONOS           | FECHA DE INGRESO |                                       | FECHA DE RETIRO       |
| 4871200             | DÍA 26           | MES 6 AÑO 2021                        | DÍA 24 MES 9 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO    | DEPENDENCIA      | DIRECCIÓN                             |                       |
| AUXILIAR ENFERMERIA | VACUNACION COVID | COMPENSAR AV 68                       |                       |

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   | 0                     | 2     |



# 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: 15-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-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 |
| Pública   | 1                     | 4     |
| Total     | 1                     | 7     |

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. - 15-abr-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Ginna Hincapié

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