



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: 28-sep-2022

Fecha Validación: 20-abr-2023

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GALINDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALARCON	NOMBRES SONIA GINETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53891803	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES MAY AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 17 No 01-108 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 7293768 EMAIL ginethgalindo@live.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°	11°	MES NOVIEMBRE	AÑO 1999

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar de enfermería	Fundacion San Mateo	2016	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: 28-sep-2022

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 PROYECTAR SALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD recursoshumanos.proyectarsalud@gmail.com	
TELÉFONOS 3105574605	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE PRUEBAS COVID ,AUXILIAR	DEPENDENCIA BPGOTA	DIRECCIÓN SEDE BOGOTA: Calle 25 G No. 84 A 21/	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD primeair sucursal colombia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Laura.castellanos@primeair.com.co	
TELÉFONOS 5185555	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 5 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria administrativa	DEPENDENCIA auxiliar	DIRECCIÓN av el dorado#111-51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD arcangeles "cadis soacha"	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Soacha	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@arcangeles.org	
TELÉFONOS 6297077	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 11 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO agente de cambio poblacion en condicion de	DEPENDENCIA auxiliar	DIRECCIÓN Calle106 No17a-43 Bogotá	



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: 28-sep-2022

Fecha Validación: 20-abr-2023

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 fundacion forjadores del futuro	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Soacha	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacionforjadoresdelfuturo@hotmail.com	
TELÉFONOS 5761129	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 3 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO atención al adulto mayor	DEPENDENCIA auxiliar	DIRECCIÓN carrera 4#10-06	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD eps sanitas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunicacionesepps@colsanitas.com	
TELÉFONOS 6466080	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 11 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 10 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO atención al usuario	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN calle100#11b-67	

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	7	11
Pública	0	0
Total	7	11



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: 28-sep-2022

Fecha Validación: 20-abr-2023

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-sep-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