



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 485 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E S E

**Sideap**

Última Actualización: 15-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

1

## DATOS PERSONALES

|  |  |   |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO<br>MOLINA  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CORTES                           | NOMBRES<br>ADRIANA JSETH  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1031138902 | 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 3 MES ABR AÑO 1992<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                  |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>Calle 48a sur #5a41 sur<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7714319<br>EMAIL jsethmolina.2012@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 |           |
| 1º               | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º   | MES            | DICIEMBRE |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       | AÑO            | 2010      |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| auxiliar de enfermería | fusdesa                  | 2013            | 380   |



# 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**

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 |

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                     | 0     |
| Pública   | 0                     | 0     |
| Total     | 0                     | 0     |

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

Adriana Jusebt Molina Cortes  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

(Leyes 140 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred integrada de Servicios de Salud Norte ESE

**Sideap**

Última Actualización: 15-ago-2023

Fecha de emisión: 20-abr-2023

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

Bogotá - 20-Abril-2023

Ciudad y fecha

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS