Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO
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
Rodriguez	Jimenez	Cindy Alejandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013586973 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 15 MES 04 AÑO 1987
PAÍS Colombia
DEPTO Cundinamarca
MUNICIPIO Bogota

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cr 68 # 380-38 Sur
PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca
MUNICIPIO Bogota
TELÉFONO 3195320480 EMAIL alejsoaz@hotmail

2 FORMACION ACADEMICA

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: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2003
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
T.C.	3	X		Tec. Auxiliar de enfermeria	06	2005	1013586973

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integral Centro oriente.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia.
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogota.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3037132864.	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 08 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DÍA 05 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Auxiliar Enfermera APH	DEPENDENCIA: APH.	DIRECCIÓN: Cll 32 # 5-21	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Clinica shaio Apoyos Integrales en salud	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogota	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 4771811-2512019.	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 08 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DÍA 13 MES 02 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar enfermera	DEPENDENCIA: Aux conmutador	DIRECCIÓN: Cll 67 # KRA 14.	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Corporacion IPS saludcoop	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogota.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 6361741-6925217	FECHA DE INGRESO: DÍA 28 MES 01 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DÍA . MES . AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: Aux. Enfermera salas	DEPENDENCIA: Auxiliar enfermera	DIRECCIÓN: Cll 127 # 17-22.	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: CEDI salud familiar Juan pablo II	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3661905	FECHA DE INGRESO: DÍA 06 MES 09 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DÍA 22 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Aux laboratorio	DEPENDENCIA: Aux Enfermeria	DIRECCIÓN: Cll 27 Sur # 18C-02	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 15 de Enero 2018

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