

# 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: 04-ene-2018

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AVILA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROA		NOMBRES NUBIA GRACIELA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1048847971			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES MAY AÑO 2017 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. CIUDAD BOGOTA D. C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 4 89C 14 SUR PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. CIUDAD BOGOTA D. C. TELEFONO 7152038 EMAIL nubiagavila@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 TÉCNICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES NO	AÑO 2007

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA).

TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA).

UN (UNIVERSITARIA).

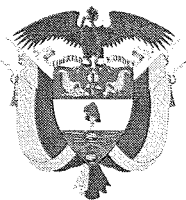
ES (ESPECIALIZACIÓN).

MG (MAESTRIA O MAGISTER).

DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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	
TC	6	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	2010	263



# 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.



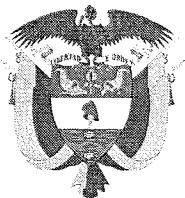
Última Actualización: 04-ene-2018

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 subred integrada de servicios de salud norte		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano26subrednorte@gmail.com		
TELÉFONOS 6621111	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 6 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN kr 90-1477-99		
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD CAFESALUD		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO GUATEQUE	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3212815945	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 11 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PYP	DIRECCIÓN TUNJA		
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEGUNDO NIVEL		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO GARAGOA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 7401077	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 4 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 9 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN TV 11 23 80		



# 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: 04-ene-2018

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 CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN XIII		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO GARAGOA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7500025	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 1 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN CARRERA 11 9 40	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIO CLINICO		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD nubiagavila@gmail.com	
TELÉFONOS 3229144667	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 5 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO auxiliar de laboratorio	DEPENDENCIA privada	DIRECCIÓN calle 12- 9- 05	

4

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

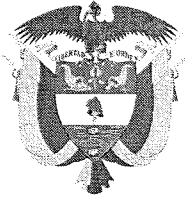
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	10
PRIVADO	2	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	12

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).



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: 04-ene-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 04 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