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 2.0

Última Actualización: 24-jun-2024

Fecha Validación:25-jun-2024

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| GONZALEZ | CORREDOR | NIDIA JOHANA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52761706 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 19 MES SEP AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

KR 87 P 80 A 11 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124673672

EMAIL johanita041@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 BASICA | | | | | | | | | | | TITULO academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES DICIEMBRE AÑO 2010 |
| | | | | | | | | | | X | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| técnico auxiliar de enfermería | Escuela de formación técnica formates | 2011 | 1609 |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 25/06/2024 16:13:16



Documento electrónico: 88762ca9b58b8b8cdf569fe6c431f5a876fab831a458d5cce04fdf55cc8d2e50

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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 2.0

Última Actualización: 24-jun-2024

Fecha Validación:25-jun-2024

***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*<br>Sinergia salud | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>SINERGIASALUD@GMAIL.COM |
| *TELÉFONOS*<br>3125640134 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 1 MES 6 AÑO 2021 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 24 MES 2 AÑO 2022 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>vacunadora auxiliar de enfermeria | *DEPENDENCIA*<br>consulta externa | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 103 - 03 AUTOPITA NORTE |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>eps coosalud | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>www.coosalud.com |
| *TELÉFONOS*<br>3143450989 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 26 MES 11 AÑO 2019 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 7 MES 9 AÑO 2020 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>atencion a paciente hospitalizado pyp urg | *DEPENDENCIA*<br>consulta externa urgencias | | *DIRECCIÓN*<br>carrera 3 este n 31 40 |

## 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* |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 25/06/2024 16:13:16

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 2.0

Última Actualización: 24-jun-2024

Fecha Validación:25-jun-2024

## 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 | 1 | 6 |
| Pública | 0 | 0 |
| Total | 1 | 6 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Bogotá D.C. - 24-jun-2024
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica:
NIDIA JOHANA GONZALEZ CORREDOR 24/06/2024 15:55:22
*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*

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 25/06/2024 16:13:16



Documento electrónico: 88762ca9b58b8b8cdf569fe6c431f5a876fab831a458d5cce04fdf55cc8d2e50
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente