FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Última Actualización: 20-oct-2024

Fecha Validación:20-oct-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
DURAN	ORTIZ	JOHANA ELVIRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1018427934	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES JUL AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Tunja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 3B BIS 9315 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7613872

EMAIL yoyis-1819@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	Bachiller académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES	DICIEMBRE	AÑO	2005	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de	fundacion nuestra señora de la esperanza	2021	60
Atención Integral a Víctimas de Quemadura con	fundacion nuestra señora de la esperanza	2021	48
soporte vital basico	fundacion nuestra señora de la esperanza	2021	48
CURSO PRIMER RESPONDIENTE VIRTUAL	El Director de Urgencias y Emergencias en Salud y	2021	16
Vacunación contra el COVID-19 para personal	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2021	10

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Auxiliar en enfermería	Fundación Escuela de capacitación Colombia	2007	32767

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			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*			
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			X		Colombia			
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.				accsuroccidente@gmail.cm			
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*				*FECHA DE RETIRO*			
7799800	DIA 1	MES 9	AÑO 2021		DIA 15	MES 10	AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*				*DIRECCIÓN*			
auxiliar de enfermeria	VSA				Calle 9 N° 39-46			

EMPLEO O CONTRATO								
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*			
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			X		Colombia			
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.				yoyis-1819@hotmail.com			
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*				*FECHA DE RETIRO*			
3013810285	DIA 26	MES 3	AÑO 2021		DIA 31	MES 8	AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*				*DIRECCIÓN*			
auxiliar de enfermería	vacunadora				Calle 9 N° 39-46			

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2024

Fecha Validación:20-oct-2024

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: OSYA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: Administrativobogota@serviciosyasesorias.com	
TELÉFONOS: 4322330	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 5 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 4 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermería	*DEPENDENCIA*: Obra y labor	*DIRECCIÓN*: Carrera 9# 104a-38	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Adolfo Jiménez	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: operaciones@gemcoal.com	
TELÉFONOS: 6237359	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 2 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermería	*DEPENDENCIA*: Termino fijo	*DIRECCIÓN*: Calle 82 # 12-18	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Adolfo Jiménez	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: operaciones@gemcoal.com	
TELÉFONOS: 6237359	*FECHA DE INGRESO*: DIA 24 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 2 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermería	*DEPENDENCIA*: Termino fijo	*DIRECCIÓN*: Calle 82 # 12 18	

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Última Actualización: 20-oct-2024

Fecha Validación:20-oct-2024

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Adolfo Jiménez		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	operaciones@gemcoal.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6237359	DIA 1 MES 5 AÑO 2008	DIA 13 MES 1 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de enfermería	Termino fijo	Calle 82 # 12 18

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	10
Pública	3	6
Total	11	5

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2024

Fecha Validación:20-oct-2024

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. - null 18/10/2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

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: null