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: 30-oct-2024

Fecha Validación:30-oct-2024

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| CONTRERAS | RAMIREZ | NIKOLL DAJHANN |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1007645225 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES MAR AÑO 2000

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 97 SUR 2 09

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124814814

EMAIL dayanramirez0314@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 BASICA | | | | | | | | | | | TITULO bachiller academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES JULIO AÑO 2016 |
| | | | | | | | | | | X | |

***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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Formación técnica | 3 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 12 | 2017 | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Curso soporte vital básico | Fundación nuestra señora de la esperanza | 2024 | 48 |
| Victimas de quemadura con Agentes Quimicos | Fundación nuestra Señora de la Esperanza | 2024 | 48 |

Firma electronica validador: null



Documento electrónico: null

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



Scanned with CamScanner

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: 30-oct-2024

Fecha Validación:30-oct-2024

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| Administración de Medicamentos | Fundación nuestra señora de la Esperanza | 2024 | 48 |
| Muestra de laboratorio | Fundación nuestra señora de la esperanza | 2024 | 60 |
| Atención Integral en salud a Victimas de Violencia | Fundación Mundo Salud Narriman SAS | 2023 | 60 |
| soporte vital basico | ESAT | 2018 | 25 |
| atención integral a victimas de violencia sexual | ESAT | 2018 | 40 |
| toma de muestras de laboratorio | ESAT | 2018 | 40 |
| Técnico Auxiliar De Enfermería | FUSDESA | 2017 | 1800 |

***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. | Contactenossubredsurocidente.gov.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3849160 | DIA 1 MES 2 AÑO 2024 | DIA 15 MES 10 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 1963 | Gestión del riesgo | CL 19 a 34 94 |

Firma electronica validador: null



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



Scanned with CamScanner

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: 30-oct-2024

Fecha Validación:30-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 |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | dayanramirfez0314@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5551437 | DIA 24 MES 5 AÑO 2023 | DIA 31 MES 1 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Salud publica | Cl 9 34 46 |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS | | X | Corea del Sur |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | notificacionessanfrancisco@clinicasfa.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5190707 | DIA 7 MES 1 AÑO 2023 | DIA 3 MES 5 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| DEFINIDO | AUXILIAR DE ENFERMERIA | CALLE 16 #16-80 |

**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. | dayanaramirez0314@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3136663750 | DIA 15 MES 3 AÑO 2021 | DIA 15 MES 7 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| auxiliar de enfermeria | bogota | kennedy |

Firma electronica validador: null



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



Scanned with CamScanner

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: 30-oct-2024

Fecha Validación:30-oct-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 | 0 |
| Pública | 2 | 0 |
| Total | 3 | 0 |

## 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

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica: Nikoll Contreras C

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



Scanned with CamScanner