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: 01-oct-2024

Fecha Validación:01-oct-2024

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| GARCÉS | RICARDO | LAURA INÉS |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1100246599 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 24 MES NOV AÑO 1999

PAÍS Colombia

DEPTO Sucre

CIUDAD Caimito

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

KR 91 131 12

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3008395651

EMAIL garceslaura16@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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES DICIEMBRE AÑO 2016 |
| | | | | | | | | | | X | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| promotores de la orientacion e informacion de la | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2022 | 20 |
| Interrupccion voluntaria del embarazo | La U corporativa de keralty | 2021 | 20 |
| Atencion integral en salud a las victimas d violencia | La U corporativa de Keralty | 2021 | 20 |
| Codigo Anafilaxia | la U corporativa de keralty | 2021 | 20 |
| Vacunación | Asociación Colombiana para la formación integral de | 2021 | 40 |

Firma electronica validador: null

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Vacunación contra el Covid 19 para personal | Secretaria distrito de salud de Bogotá | 2021 | 10 |
| Jornada de capacitacion para La Vacunacion del | Secretaria Distrital de Salud | 2021 | 4 |
| Higiene de manos y manejo de Aislamientos | San Vicente fundación | 2020 | 1 |
| Covid 19: como ponerse y quitarse el equipo de | Organizacion mundial de la Salud | 2020 | 2 |
| Humanización y espiritualidad en la atencion | San Vicente Fundación | 2020 | 11 |
| Precauciones basicas: Higiene de las manos | Organización mundial de la Salud | 2020 | 1 |
| Reanimación cerebro cardio pulmonar | CEPRODENT SAS | 2020 | 25 |
| Cuidados intensivos de adultos | CEPRODENT SAS | 2019 | 120 |
| Auxiliar de enfermería | CEPRODENT SAS | 2019 | 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 |
| inglés | | X | | | X | | | X | |

## 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. | | contactenos@subredsuroccidente.gov.co |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 7560505 | DIA 16 MES 9 AÑO 2021 | | DIA 10 MES 1 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |
| auxiliar de enfermeria | Asistencial | | Calle 9 No. 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: 01-oct-2024

Fecha Validación:01-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* |
| Entidad promotora de salus Sanitas SAS | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | lhbarragan@keralty.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3192231678 | DIA 27 MES 4 AÑO 2021 | DIA 26 MES 7 AÑO 2021 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIA DE ENFERMERIA VACUNACION | ASISTENCIAL | Calle 100 # 11 b 67 |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| Besth Home Care S.A.S | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | WWW.BESTHOMECARE.COM.CO |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3503189970 | DIA 9 MES 3 AÑO 2021 | DIA 26 MES 4 AÑO 2021 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermeria | domiciliaria | Cl 26 69 76 |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| Cruz roja colombiana seccional Cundinamarca | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | servicliente10@redeshumanas.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 2560200 | DIA 1 MES 9 AÑO 2020 | DIA 1 MES 2 AÑO 2021 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Auxiliar de atencion primaria en salud | Auxiliar de enfermeria | Cra 48 95 72 |

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: 01-oct-2024

Fecha Validación:01-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* |
| GRUPO MEDICO INCOLGER | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | trabajosocial@incoleger.com.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3502402990 | DIA 23 MES 9 AÑO 2019 | DIA 4 MES 8 AÑO 2020 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermería | Hogar geriátrico | Calle 73 bis #55 - 74 |

## 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 | 8 |
| Pública | 2 | 3 |
| Total | 3 | 11 |

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: 01-oct-2024

Fecha Validación:01-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
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma 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