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: 25-oct-2024

Fecha Validación:25-oct-2024

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| DIAZ | JIMÉNEZ | JULIAN ANDRÉS |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1073707398

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1073707398 D.M 059

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 20 MES JUL AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

KR 8 B 24 A 06

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 3103782176

EMAIL juliandiaz.jadj8@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 Básico secundario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES DICIEMBRE AÑO 2014 |
| | | | | | | | | | | X | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| PRIMEROS AUXILIOS | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 60 |
| COVE | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 120 |
| ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 80 |
| ATENCION A VICTIMAS CON AGENTES | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 48 |
| HUMANIZACION | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 48 |

Firma electronica validador: null

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| ATENCION EN SALUD A PERSONAS DE LGTBI | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 48 |
| APH | V Y F SST SAS | 2023 | 40 |
| PRIMEROS AUXILIOS | FUNDACION EDUCATIVA- HOGAR Y EMPRESAS | 2021 | 40 |
| ATENCION A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL | FUNDACION EDUCATIVA- HOGAR Y EMPRESAS | 2021 | 40 |
| COVE | FUNDACION EDUCATIVA HOGAR Y EMPRESAS | 2021 | 40 |
| ATENCION A VICTIMAS CON AGENTES | INVERSIONES Y CONSULTORES CASTILLO S.A.S | 2021 | 8 |

***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>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>correspondencia@subrednorte.gov.co |
| *TELÉFONOS*<br>576014431790 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 18 MES 3 AÑO 2023 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>CONDUCTOR | *DEPENDENCIA*<br>urgencias | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 66 No. 15-41 |

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: 25-oct-2024

Fecha Validación:25-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* |
| RED MEDICA IPS | | X | Colombia |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3187825623 | DIA 24 MES 9 AÑO 2022 | DIA 6 MES 2 AÑO 2023 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| conductor de ambulancia | traslados secundarios | cll 71a # 70B-35 |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | GESTIONHUMANA@LINEAMEDICADEAMBULANCIA |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 5141414 | DIA 17 MES 10 AÑO 2021 | DIA 23 MES 9 AÑO 2022 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONDUCTOR AMBULANCIA | ATENCION PREHOSPITALARIA | CRA 81 D # 25B-49 |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| AMBULANCIAS STAR LIFE S.A.S | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | AMBULANCIASTARLIFE@GMAIL.COM |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3105508571 | DIA 23 MES 4 AÑO 2020 | DIA 15 MES 10 AÑO 2021 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| CONDUCTOR AMBULANCIA | TRASLADOS SECUNDARIOS | CRA 4 # 162B - 50 |

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: 25-oct-2024

Fecha Validación:25-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 | 2 | 9 |
| Pública | 1 | 7 |
| Total | 4 | 4 |

## 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:

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