



# 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.



Última Actualización: 16-dic-2024

Fecha Validación: 16-dic-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MANJARREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES ASTRID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 65800452	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES AGO AÑO 1981 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Purificación		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 94A 640 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 00000 EMAIL ancami2008@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 BÁSICA											TÍTULO bachiller academico		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JULIO	AÑO 2006	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar de enfermeria	centro educativo tolimense especializado en sistema	2018	3600

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/12/2024 10:54:25

1448953

Documento electrónico: fb306b0c3a29aca3c90ef3fb22d8b7d32750cb92af63b81c23f1c2ca1e37b9f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



# 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.



Última Actualización: 16-dic-2024

Fecha Validación: 16-dic-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD siasur.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 5 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 5 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO tecnico administrativo	DEPENDENCIA 0	DIRECCIÓN CL 68 B SUR 9A 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SALVAR24HORAS S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Ibagué	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD salvaripsiba.08@gmail.com	
TELÉFONOS 3132287402	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 5 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 22 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO obra y labor	DEPENDENCIA domicilio	DIRECCIÓN calle 31 # 5-58	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/12/2024 10:54:25

1448953

Documento electrónico: fb306b0c3a29aca3c90ef3fb22d8b7d32750cb92af63b81c23f1c2ca1e37b9f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



# 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.



Última Actualización: 16-dic-2024

Fecha Validación: 16-dic-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 BEST HOME CARE S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Ibagué	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ingeandreu@hotmail.com	
TELÉFONOS 3187929627	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 3 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA domicilio	DIRECCIÓN cra 4f #34-1	

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	11
Pública	3	0
Total	5	11



# 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.



Última Actualización: 16-dic-2024

Fecha Validación: 16-dic-2024

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ 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. - 16-dic-2024

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ASTRID MANJARREZ GONZALEZ 16/12/2024 10:39:48

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