



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap<sup>2.0</sup>

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>RODRIGUEZ                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>VEGA                             | NOMBRES<br>FARID STEVEN                                                                                                                                        |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1012422618 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                          |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 20 MES JUN AÑO 1995<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 59 SUR - 92 A 28<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7504360<br>EMAIL s.t.ip45@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 TÉCNICO |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|----------------|-------------------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO |                   |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES            | NOVIEMBRE         |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |    |       |     | AÑO            | 2012              |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS          |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|---------------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO               |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 10            | X        | LICENCIATURA EN ARTES ESCENICAS |  | 12          | 2018 |                |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                 | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN         | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------|-------|
| ofimática avanzada               | universidad nacional de colombia | 2019            | 18    |
| capacitación en derechos humanos | cruz roja                        | 2018            | 12    |

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<sup>2.0</sup>

## 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 E.S.E. | X                     |         | Colombia                      |
| DEPARTAMENTO                                      | MUNICIPIO             |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |
| Bogotá D.C.                                       | Bogotá D.C.           |         | contactenos@subredsur.gov.co. |
| TELÉFONOS                                         | FECHA DE INGRESO      |         | FECHA DE RETIRO               |
| 7300000                                           | DIA 15 MES 5 AÑO 2019 |         | DIA MES AÑO                   |
| CARGO O CONTRATO                                  | DEPENDENCIA           |         | DIRECCIÓN                     |
| licenciado en artes                               | espacio publico       |         | calle 78 sur # 18 i 76        |

| EMPLEO O CONTRATO                                 |                              |         |                            |
|---------------------------------------------------|------------------------------|---------|----------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                 | PÚBLICA                      | PRIVADA | PAÍS                       |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | X                            |         | Colombia                   |
| DEPARTAMENTO                                      | MUNICIPIO                    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| Bogotá D.C.                                       | Bogotá D.C.                  |         | Epsubredsur3@gmail.com     |
| TELÉFONOS                                         | FECHA DE INGRESO             |         | FECHA DE RETIRO            |
| 7300000                                           | DIA 15 MES 5 AÑO 2019        |         | DIA MES AÑO                |
| CARGO O CONTRATO                                  | DEPENDENCIA                  |         | DIRECCIÓN                  |
| Licenciado en artes                               | Entorno cuidador comunitario |         | Dg 71b sur 18i 20          |

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<sup>2.0</sup>

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>secretaria de integración social (caids) | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD               |                  |
| TELÉFONOS<br>3115066193                                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 20 MES 11 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 3 AÑO 2018 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>docente artes escénicas                   | DEPENDENCIA<br>docente                     | DIRECCIÓN<br>Tv. 17 A BIS · 36- 72       |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                                          |                                           |                  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>colegio alfonso reyes echandia | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                         | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                  |
| TELÉFONOS<br>3138113438                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 3 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 22 MES 11 AÑO 2018 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>docente en artes escenicas      | DEPENDENCIA<br>docente                   | DIRECCIÓN<br>cra 86 · 74- 00              |                  |

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   | 0                     | 0     |
| Pública   | 7                     | 10    |
| Total     | 7                     | 10    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

**Sideap** 2.0

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. - null 12-Julio-2025  
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