FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Personal Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA
ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME

1- DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRE
PÉREZ	**ORTEGA**	**KATERINE**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No 1.038.808.909

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 03 MES 12 AÑO 1991

PAÍS **Colombia**

DEPTO. Antioquia

MUNICIPIO Carepa

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 107B – Calle 109, Barrio Laureles

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO: Apartado

TELÉFONO 312-850-77-88 – Correo Electrónico:

kate_perez1993@hotmail.es

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 11,. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO: Bachiller Comercial
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO: Nov./ 2.000
1º.	2º.	3º.	4º.	X 5º.	6º.	7º.	8º.	9º.	10	X 11	MES 12 AÑO 2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) DOC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO				No. DE TARJETA PROFESIONAL
TE	3	X		TECICO EN ENFERMERIA	04	2	0	1	1	
UN	3	X		ADMINISTRADORA SALUD OCUPACIONAL	04	2	0	1	8	
ES	4	X		MAESTRIA EN GERENCIA, DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	03	2	0	2	5	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR ®, BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL			X			X			X

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PANAMERICANA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO APARTADÓ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD profesionalsst@clinicapanamericana.co
TELÉFONOS 829-07-90	FECHA DE INGRESO 16 / 08 / 2018		FECHA DE RETIRO / /
CARGO O CONTRATO ACTUAL Coordinadora Seguridad y Salud en el Trabajo	DEPENDENCIA Gestión Humana		DIRECCIÓN Cra 11 N° 43770, Lote C 101
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD C.I BANACOL SA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO **Antioquia**	MUNICIPIO **Apartadó**		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Yini.londono@banacol.com.co
TELÉFONOS 828-04-22	FECHA DE INGRESO 01 / 11 / 2017		FECHA DE RETIRO 30/08/2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo	DEPENDENCIA Seguridad y Salud en el Trabajo		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD **FAMISALUD PREMIUM SAS**	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Turbo – Corregimiento Currulao		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciafamisalud@hotmail.com
TELÉFONOS 820 61 61	FECHA DE INGRESO DIA 01 MES 11 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 09 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar Enfermería	DEPENDENCIA Administración		DIRECCIÓN Currulao, AV. Principal, Cra 50

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

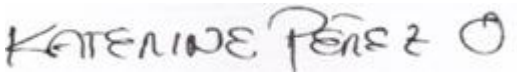
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**13**	**10**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5º. DE LA LEY 190/95)



KATERINE PÉREZ ORTEGA
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.

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS