El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RESTREPO	REY	JORGE ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ◉ C.E ○ PAS ○ No. 1006823145	F ○ M ◉	COL. ◉ EXTRANJERO ○	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 08	MES 08	AÑO 1992	MZ 13 CASA 2 SUPERMANZANA 20 CASA 2 SAN ANTONIO			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	META
DEPTO	Meta			MUNICIPIO	ACACIAS		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO			TELÉFONO	3219979142	EMAIL	nikoythomas5@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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 OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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 MAGISTER), **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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	3	X		TECNICA PROFESIONAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	04	2009	5011385

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 01 AÑO 2019	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA AUXILIAR DE ENFERMERIA	CIRUGIA	CALLE 37 A N028-53 BARZAL ALTO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3157646179	DÍA 01 MES 01 AÑO 2019	DÍA 31 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA AUXILIAR DE ENFERMERIA PRESTACION DE SERVICIOS	CIRUGIA	CALLE 37 A N 28 - 53 BARZAL ALTO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENAC	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

META	VILLAVICENCIO	CENACAYUDANTIAVILLAVICENCIO@EJERCITO.COM
TELÉFONOS 6601019	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 12 **MES** 01 **AÑO** 2016	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA CONTRATO # 008 DE 2016 COMO AUX DE ENFERMERIA	**DEPENDENCIA** ATENCION PRIORITARIA DEL DMORI	**DIRECCIÓN** CALLE 5TA SUR 24A - 17 REMANSOS DE ROSA BLANCA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO META	**MUNICIPIO** VILLAVICENCIO		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 04 **AÑO** 2015		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2018
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA AUXILIAR DE ENFERMERIA	**DEPENDENCIA** CIRUGIA		**DIRECCIÓN** CALLE 37 A N028-53 BARZAL ALTO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD clinica meta	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Meta	**MUNICIPIO** VILLAVICENCIO		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6614400	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 05 **MES** 03 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** **MES** **AÑO**
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN** barzal bajo

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Hospital departamental de villavicencio	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO META	**MUNICIPIO** ACACIAS		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** Hdvcirugia@hotmail.com
TELÉFONOS 6817901	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 03 **MES** 01 **AÑO** 2011		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 03 **AÑO** 2015
CARGO O CONTRATO Auxiliar enfermeria Ops	**DEPENDENCIA** Cirugia		**DIRECCIÓN** Barrio barzal alto

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co