



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Hoja de vida sin validar



Persona Natural

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Fajardo	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BULLA	NOMBRES Ingry Yurany
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1001277147	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES MAY AÑO 1997 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR18M 78D sur 0 40 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3223800515 EMAIL yura2819@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	JULIO	AÑO	2016	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	SABER SALUD	2023	48
CODIGO BLANCO	SABER SALUD	2023	48
AUXILIAR DE ENFERMERIA	FUSDESA	2021	1800



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

Hoja de vida sin validar



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 certificaciones@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 23 MES 8 AÑO 2024				FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2024				
CARGO O CONTRATO Promotor de bienestar estudiantil	DEPENDENCIA Gestion de riesgo				DIRECCIÓN Carrera 24 C No 53 - 47 sur				

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 certificaciones@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 1 AÑO 2024				FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 6 AÑO 2024				
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Gestión del riesgo				DIRECCIÓN Carrera 24 C No 53 - 47 sur				



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

Hoja de vida sin validar



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 certificaciones@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS 7300000		FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 1 AÑO 2023				FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2023			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA			DIRECCIÓN CARRERA 20 # 47 B 35 SUR				

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 certificaciones@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS 7300000		FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 10 AÑO 2022				FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2022			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA			DIRECCIÓN CARRERA20#47 B 35 SUR				

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 certificaciones@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS 7300000		FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 1 AÑO 2022				FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2022			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA			DIRECCIÓN CARRERA 20 # 47 B 35 SUR				



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

Hoja de vida sin validar



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 certificaciones@subredsur.gov.co			
TELÉFONOS 7300000		FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2021				FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2021			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ENFERMERIA		DEPENDENCIA SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CARRERA 20 # 47B 35 SUR			

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	2	6
Total	2	6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

Hoja de vida sin validar



5

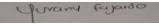
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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