FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CRUZ	TORRES	LAIDY JOHANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1069736877

SEXO: F (X) M ( )

NACIÓNALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES AGO AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Cabrera

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Av. Calle 67 #62-65

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124222038

EMAIL laidy0825@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 TECNICO EN GESTION
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2008
										X	

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 ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA	7	2014	1163224-T

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2020

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*
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.hospitalmilitar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3486868	DIA 1 MES 12 AÑO 2019	DIA 1 MES 1 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FACTURADOR	CUENTAS MEDICAS	Trasnv. 3 n° 49-02

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.hospitalmilitar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3486868	DIA 7 MES 12 AÑO 2018	DIA 30 MES 11 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FACTURADOR	CUENTAS MEDICAS	Trasnv. 3 n° 49-02

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.hospitalmiltar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3486868	DIA 1 MES 11 AÑO 2017	DIA 30 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FACTURADOR	CUENTAS MEDICAS	Trasnv. 3 n° 49-02

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2020

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: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Fusagasugá	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siau@hospifusa.gov.co	
TELÉFONOS: 8733000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 12 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contrato n° 2787-2016 / Objeto:	*DEPENDENCIA*: facturacion	*DIRECCIÓN*: transversal 12 n 22-51 barrio san mateo	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL FUSAGASUGA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Fusagasugá	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siau@hospifusa.gov.co	
TELÉFONOS: 8733000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contrato n° 2356-2016 / Objeto:	*DEPENDENCIA*: facturacion	*DIRECCIÓN*: transversal 12 n 22-51 barrio san mateo	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Fusagasugá	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siau@hospifusa.gov.co	
TELÉFONOS: 8733000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contrato n° 1904-2016 / Objeto:	*DEPENDENCIA*: facturacion	*DIRECCIÓN*: transversal 12 n 22-51 barrio san mateo	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2020

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: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Fusagasugá	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siau@hospifusa.gov.co	
TELÉFONOS: 8733000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contrato n° 1427-2016 / Objeto:	*DEPENDENCIA*: facturacion	*DIRECCIÓN*: transversal 12 n 22-51 barrio san mateo	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Fusagasugá	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siau@hospifusa.gov.co	
TELÉFONOS: 8733000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 6 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contrato n° 855-2016 / Objeto: APOYO EN	*DEPENDENCIA*: facturacion	*DIRECCIÓN*: transversal 12 n 22-51 barrio san mateo	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Fusagasugá	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siau.hospifusa.gov.co	
TELÉFONOS: 8733000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contrato n° 081-2016 / Objeto: APOYO EN	*DEPENDENCIA*: facturacion	*DIRECCIÓN*: transversal 12 n 22-51 barrio san mateo	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2020

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*
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Fusagasugá	siau@hospifusa.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8733000	DIA 1 MES 10 AÑO 2015	DIA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contrato n° 1436-2015 / Objeto: APOYO EN	facturacion	transversal 12 n 22-51 barrio san mateo

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Fusagasugá	siau@hospifusa.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8733000	DIA 1 MES 8 AÑO 2015	DIA 30 MES 9 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contrato n° 1257-2015 / Objeto: APOYO EN	facturacion	transversal 12 n 22-51 barrio san mateo

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	3	6
Total	3	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-oct-2020

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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