FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| PABON | MARTINEZ | RUTH DANIELA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030685567 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 4 MES MAR AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

DG 30 A 06 F 12

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 3125915246

EMAIL ruthdanielapabon6@gmail.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 Comercial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES NOVIEMBRE AÑO 2016 |
| | | | | | | | | | | X | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| AUXILIAR ENFERMERIA | Fundación San Mateo | 2020 | 25920 |

Firma electronica validador: null

***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*<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>certificaciones.ops@subredsur.gov.co |
| *TELÉFONOS*<br>6017300000 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 6 MES 5 AÑO 2025 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 14 MES 10 AÑO 2025 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>promotor de bienestar estudiantil | *DEPENDENCIA*<br>gestion del riesgo | | *DIRECCIÓN*<br>cra 20 # 47 b 35 sur |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>certificaciones.ops@subredsur.gov.co |
| *TELÉFONOS*<br>6017300000 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 27 MES 1 AÑO 2025 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 30 MES 4 AÑO 2025 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>promotor de bienestar estudiantil | *DEPENDENCIA*<br>gestion del riesgo | | *DIRECCIÓN*<br>cra 20 # 47 b 35 sur |

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 2.0

## 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. | Gestotesconveniosed@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3282828 | DIA 23 MES 8 AÑO 2024 | DIA 30 MES 11 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Promotor de bienestar | Gestión de riesgo | Cra 24 c # 54 47 sur |

| ***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. | dirthumano@subredsuroccidente.gov.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3078181 | DIA 22 MES 1 AÑO 2024 | DIA 14 MES 6 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| promotor de bienestar estudiantil | gestion del riesgo | Cra. 24C #54-47 Sur, Tunjuelito, Bogotá, |

| ***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. | ruthdanielapabon6@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7560505 | DIA 30 MES 1 AÑO 2023 | DIA 30 MES 11 AÑO 2023 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| auxiliar de enfermeria | gestion del riesgo | Cra. 24C #54-47 Sur, Tunjuelito, Bogotá, |

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 2.0

## 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. | subred.gov.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7500000 | DIA 17 MES 1 AÑO 2022 | DIA 30 MES 11 AÑO 2022 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR ENFERMERIA | SALUD | Cra 24C #54-47 Sur Bogotá Cundinamarca |

| ***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 1 MES 9 AÑO 2021 | DIA 30 MES 11 AÑO 2021 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR ENFERMERIA | SALUD | Cra. 24C #54-47 |

## 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 | 3 |
| Total | 3 | 3 |

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 2.0

## 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 VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null 14/10/2025 Daniela Pabón M

*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