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 |
|---|---|---|
| BARRERA | RINCON | LINA ROCIO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1058431279 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES JUL AÑO 1997

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Tasco

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 68D SUR 20D 16 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7039959

EMAIL linitha.0725@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 TECNICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. X | MES DICIEMBRE AÑO 2014 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| FACTURACION DE LOS SERVICIO EN SALUD | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | 2024 | 48 |
| Técnico en sistemas | SENA | 2017 | 2208 |

Firma electronica validador: null



Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

***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 OCCIDENTE E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>documentosops@subredsuroccidente.gov.co |
| *TELÉFONOS*<br>3188457818 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 7 MES 10 AÑO 2024 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>AUXILIAR DE FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>URG/HOSPITALIZACION | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 19A No. 34-94 |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>seleccionsubrednorte2outlook.com |
| *TELÉFONOS*<br>6014431790 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 12 MES 1 AÑO 2024 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 5 MES 10 AÑO 2024 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>AUXILIAR DE FACTURACION | *DEPENDENCIA*<br>HOSPITALIZACION Y URGENCIAS | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 66 # 15-41 |

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. | validacionapoyo@subredsur.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4853551 | DIA 12 MES 9 AÑO 2022 | DIA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE FACTURACION | HOSPITALIZACION Y URGENCIAS | DIAGONAL 69 SUR 18N 16 |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| PROCERVI S.A.S "CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO" | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Boyacá | Tasco | procervisas2011@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3115135371 | DIA 10 MES 2 AÑO 2020 | DIA 20 MES 6 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE FACTURACION | FACTURACION | CARRERA 5 #5 -24 |

## 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 | 5 | 5 |
| Total | 5 | 5 |

Firma electronica validador: null



Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica: Lina Rocio Barrera Rincon
null Bogotá 03/11/2025
*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