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 |
|---|---|---|
| MORALES | SIERRA | SANDRA MILENA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 37725337 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 24 MES ABR AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

CIUDAD Bucaramanga

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

TV 78 B 45 13 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3246150305

EMAIL samyarma0518@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 bachillerato academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES DICIEMBRE AÑO 2000 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Soporte Vital Basico | Centro de Capacitación en salud - GERSCOL | 2018 | 40 |
| Manejo del DEA | GERSCOL | 2018 | 8 |
| Atención a victimas de violencia sexual | GERSCOL | 2018 | 40 |
| auxiliar de enfermeria | EFORSALUD | 2003 | 1800 |

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 |
| 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*<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>aliviamos@gmail.com |
| *TELÉFONOS*<br>2362195 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 3 MES 7 AÑO 2018 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Auxiliar de enfermeria | *DEPENDENCIA*<br>Domiciliaria | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera 49 # 94- 23 |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Aliviamos SAS | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Santander | *MUNICIPIO*<br>Bucaramanga | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>aliviamos@gmail.com |
| *TELÉFONOS*<br>2362181 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 16 MES 11 AÑO 2014 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 28 MES 4 AÑO 2015 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Auxiliar de enfermeria | *DEPENDENCIA*<br>Domiciliaria | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera 49 # 94- 23 |

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*: Cootrasalud Santander C.T.A. | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Santander | *MUNICIPIO*: Bucaramanga | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cootrasaludsantander@yahoo.es | |
| *TELÉFONOS*: 6349271 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 7 AÑO 2007 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 1 AÑO 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO*: Auxiliar de enfermeria | *DEPENDENCIA*: Hospitalizacion | *DIRECCIÓN*: Calle 32 # 32-64 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: Clinica La Merced | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Santander | *MUNICIPIO*: Bucaramanga | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: climer@epb.multi.net.co | |
| *TELÉFONOS*: 6345122 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 12 AÑO 2004 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 22 MES 1 AÑO 2005 | |
| *CARGO O CONTRATO*: Auxiliar de enfermeria | *DEPENDENCIA*: Hospitalizaciòn | *DIRECCIÓN*: Calle 11 # 27 - 48 | |

## 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 | 6 |
| Pública | 7 | 6 |
| Total | 8 | 1 |

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 01/08/2025
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Sandra Milena Morales Sierra

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.

BOGOTA, 01/08/2025

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Firma electronica validador: null