FORMATOÚNICO

HOJA DEVIDA

PersonaNatural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de1998)

Hoja de vida sinvalidar

Sideap 2.0

DATOSPERSONALE

PRIMERAPELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DECASADA)*	*NOMBRES*
MORALES	BOTACHE	JENNYALEXANDRA

DOCUMENTO DEIDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C X C.E PAS No. 1032485121	F X M	COL X EXTRANJERO

LIBRETAMILITAR

PRIMERACLASE SEGUNDACLASE NUMERO D.M

FECHA Y LUGAR DENACIMIENTO	*DIRECCIÓN DECORRESPONDENCIA*
FECHA DIA 1 MES SEP AÑO 1996	crr 24 #8-71
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO BogotáD.C.
DEPTO BogotáD.C.	CIUDAD BogotáD.C. TELEFONO3112642802
CIUDAD BogotáD.C.	EMAILjennyalexandrajamb@gmail.com

FORMACIÓNACADÉMI

EDUCACIÓN BÁSICA YMEDIA

MARQUECONUNAXELÚLTIMOGRADOAPROBADO(LOSGRADOSDE1oA6oDEBACHILLERATOEQUIVALENALOSGRADOS6oA11oDEEDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓNBASICA											*TITULO* bachilleracademico				
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DEGRADO*				
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2012	
										X					

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO YPOSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIAESCRIBA:

TC(TECNICA). **TL**(TECNOLÓGICA). **TE**(TECNOLÓGICAESPECIALIZADA). **UN**(UNIVERSITARIA).

ES(ESPECIALIZACIÓN). **MG**(MAESTRIA OMAGISTER). **DC**(DOCTORADOOPHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNALEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOSESTUDIOS O TITULOOBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DETARJETA PROFESIONAL*
OTROSESTUDIOS							
Universitaria	8	X		TERAPIARESPIRATORIA	8	2024	1032485121

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDENCRONOLÓGICO:

NOMBRE DELCURSO	*INSTITUCIÓN DEFORMACIÓN*	*AÑOTERMINACIÓN*
manejo integral del duelo		

Firma electronica validador:null

NOTA:No requiere firma física debido a que ha sido firmadoelectrónicamente

FORMATOÚNICO

HOJA DEVIDA

PersonaNatural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de1998)

Hoja de vida sinvalidar

sub red integrada de servicio de saluda sur SOPORTE VITAL BASICO

CENTRODECAPACITACIÓNENURGENCIASY

2024	24
2024	20

Firma electronica validador:null

FORMATOÚNICO

HOJA DEVIDA

PersonaNatural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de1998)

Hoja de vida sinvalidar

Sideap 2.0

OTROSESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDENCRONOLÓGICO:

NOMBRE DELCURSO	*INSTITUCIÓN DEFORMACIÓN*	*AÑOTERMINACIÓN*	
atención integral en salud para victimas de violencia	centrodeurgenciasuemergenciass.o.s	2024	40
Tecnico Laboral En Auxiliar De Enfermeria	I.E.HOMI	2017	18000

DOMINIO DEIDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN(MB)

IDIOMA	*LOHABLA*			*LOLEE*			*LOESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

EXPERIENCIALABORA

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR ELACTUAL

EMPLEO OCONTRATO

EMPRESA OENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud SurE.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICOENTIDAD*
BogotáD.C.	BogotáD.C.	contactenos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DEINGRESO*	*FECHA DERETIRO*
7300000	DIA 25 MES 7 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO OCONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar deenfermeria	administrativa	calle 60 g sur# 18 a bis -09

EMPLEO OCONTRATO

EMPRESA OENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ADRIANA MILENAMEDINA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICOENTIDAD*
BogotáD.C.	BogotáD.C.	NO

TELÉFONOS	*FECHA DEINGRESO*	*FECHA DERETIRO*
3115928723	DIA 1 MES 5 AÑO 2018	DIA 15 MES 4 AÑO 2019

CARGO OCONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DEENFERMERIA	3115928726	CRR 24 8-71 APTO501

Firma electronica validador:null

FORMATOÚNICO

HOJA DEVIDA

PersonaNatural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de1998)

Hoja de vida sinvalidar

Sideap 2.0

EXPERIENCIAL ABORA

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR ELACTUAL

EMPLEO OCONTRATO			
EMPRESA OENTIDAD MAURICIO BEDOYA ORTEGON	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICOENTIDAD*
BogotáD.C.	BogotáD.C.	NO

TELÉFONOS	*FECHA DEINGRESO*	*FECHA DERETIRO*
3102415053	DIA 1 MES 8 AÑO 2017	DIA 1 MES 5 AÑO 2018

CARGO OCONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DEENFERMERIA	3102415053	CRR 24 8 -71 APTO301

TIEMPO TOTAL

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS YMESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DEEXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	1	8
Pública	6	7
Total	8	4

Firma electronica validador:null

FORMATOÚNICO

HOJA DEVIDA

PersonaNatural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de1998)

Hoja de vida sinvalidar

Sideap 2.0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO OCONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SINOXME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD EINCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRARCONTRATOSDEPRESTACIÓNDESERVICIOSCONLAADMINISTRACIÓNPÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DEVIDA

Bogotá D.C. -null
Ciudad y fecha

Firmaelectrónica:
null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO OCONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/OCONTRATOS

CERTIFICOQUELAINFORMACIÓNAQUÍSUMINISTRADAHASIDOCONSTATADAFRENTEALOSDOCUMENTOSQUEHANSIDOPRESENTADOSCOMOSOPO

Ciudad

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DECONTRATOS

Firma electronica validador:null