



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO NIÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) NIÑO	NOMBRES JOVANNE ANGELICA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51808125	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 20 MES SEP AÑO 1965 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 134B No.10B-40 APTO 203 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3114733664 EMAIL jovanerica@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 BÁSICA											TÍTULO	BACHILER ACADÉMICO		
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/> 11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1983

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD OCUPACIONAL	7 1998	
Universitaria	12	X	PSICOLOGIA	4 1992	51808125

Firma electronica validador: null

20586

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

Página 1 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
FORMACION EN ENFOQUE PROMOCIONAL DE	FUNDACION GUILLERMO FERGUSSON	2007	18
CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2007	27
CONSTRUCCIÓN DIAGNOSTICOS	UNIVERSIDAD DE LA SABANA	2006	18
DIPLOMADO ACCIONES BASADAS EN	FUNDACION FES	2005	122

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO Profesional especializado	DEPENDENCIA Gestión del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 24 C No.54 -47	

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



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 Hospital Usaquen	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD saludpublica@hospitalusaquen.gov.co
TELÉFONOS 6583030	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 5 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO REFERENTE AMBITO LABORAL -	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Cra. 6a #117 B-14, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ambitoescolarfontibon@gmail.com
TELÉFONOS 5425232	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 5 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 5 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA REFERENTE AMBITO	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CARRERA 104 .21C - 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ambitoescolarfontibon@gmail.com
TELÉFONOS 5425232	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 11 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DIA 19 MES 9 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA REFERENTE	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA - AMBITO ESCOLAR	DIRECCIÓN Carrera 104 21c-41 COINTRASALUD -	

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



3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> N/A	
<i>TELÉFONOS</i> 5425232	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="1997"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> PSICOLOGA	<i>DEPENDENCIA</i> PLAN ATENCIÓN BÁSICA	<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 104 -21 C - 41	

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	23	10
Total	23	10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO 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:
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