REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MONSERRATE

Resolución de Personería Jurídica 1381 del 3 de febrero de 1983. Vigilada MINEDUCACIÓN

El Rector de la Fundación Universitaria Monserrate –UNIMONSERRATE– con las debidas autorizaciones legales y teniendo en cuenta que

Laura Alejandra Álvarez Barragán

C.C. No. 1.069.054.054 expedida en La Palma

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, le otorga, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

Trabajadora Social

En constancia se expide, firma y sella el presente diploma en Bogotá, D. C. el día 11 de Marzo de 2023.

Rectoría

Decanatura

Secretaría General

REGISTRO INSTITUCIONAL

Reconócese este título para todos los efectos legales.
Bogotá, D. C. 11 de Marzo de 2023.
Registrado en el folio 21089 del libro 1

17324

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
UNIMONSERRATE
PROYECCIÓN & CERCANÍA

Personería Jurídica Resolución No. 1381 de 1983

del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 4107

En la ciudad de Bogotá, D.C. el día 11 de Marzo de 2023, previa autorización dada mediante RESOLUCIÓN RECTORAL - 109 del 22 de Febrero de 2023 y con la presencia de las directivas de la Fundación Universitaria Monserrate, se efectuó el acto de graduación de **LAURA ALEJANDRA ÁLVAREZ BARRAGÁN, CC 1069054054** expedida en LA PALMA, quien cursó todo el plan de estudios del Programa TRABAJO SOCIAL, Registro Calificado 1834 con Acreditación de Alta Calidad según Resolución 16195, y cumplió con los requisitos y disposiciones legales establecidas para optar al título de TRABAJADORA SOCIAL.

Registrado en el Folio No.21089, Libro 1 de fecha 11 de Marzo de 2023.

RICARDO ALONSO PULIDO AGUILAR
RECTOR

HERNEY MORENO VELANDIA
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente

Nota: Los nombres que aparecen arriba, están firmados en el original.

Esta acta tiene validez con la firma del Secretario General y sello seco.

Firmas

HERNEY MORENO VELANDIA
SECRETARIO GENERAL

Fecha de expedición: 2 de Marzo de 2023

info@unimonserrate.edu.co
PBX: 3 902202
www.unimonserrate.edu.co

Powered by CamScanner

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
ALVAREZ	BARRAGAN	LAURA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1069054054	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 3 MES MAY AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD La Palma

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

diagonal 62 sur # 22B-40

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0000

EMAIL laualvarez_006@hotmail.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 academico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	2011	
										X					

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X		TRABAJO SOCIAL	11	2022	1069054054

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar de enfermeria	edusalud	2014	1500

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

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	*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*
6017300000	DIA 1 MES 12 AÑO 2023	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
trabajadora social	entorno laboral/ educativo	cra 24 c # 54-57 sur sede administrativa

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
018000121111	DIA 26 MES 5 AÑO 2020	DIA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de enfermeria	Convenio 2783625-2021	Calle 9 No. 39 - 46

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*

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

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	0
Total	3	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: Laura Alvarez

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