



# 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 SÁRRIA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MENA		NOMBRES ANGELICA ESNEDA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52425584			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.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DIA _____		_____		
PAÍS:	Colombia		PAÍS	Colombia	
DEPTO	Bogotá D.C.		DEPTO	Bogotá D.C.	
CIUDAD	Bogotá D.C.		CIUDAD	Bogotá D.C.	
			TELEFONO	6014677612	
			EMAIL	angeliksarria@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 BÁSICA										TÍTULO BACHILLER COMERCIAL				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	DICIEMBRE	AÑO	1992

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD	4	2005	52425584
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIA RESPIRATORIA PEDIATRICA	12	2001	52425584
Unversitaria	9	X		FISIOTERAPIA	4	2000	52425584

Firma electronica validador: null

38859

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

Página 1 de 4



# 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
------------------	--------------------------	-----------------	-------

### 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 contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	DIRECCIÓN KRA 20No. 47B-35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Sasaima	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalhilariolugo@gmail.com	
TELÉFONOS 8468345	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO: DÍA 31 MES 12 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN Cra 4 # 8-75	

Firma electronica validador: null

38859

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

Página 2 de 4



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 ORDÉN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Melssen	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contectenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA TERAPIA RESPIATORIA	DIRECCIÓN KRA 18B No. 60G 36 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOGARES SAN JOSÉ DOMINICAS HIJAS DE NUESTRA SEÑORAS DE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Sasáima	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hogarsanjose_sasaima@hotmail.com	
TELÉFONOS 8468075	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2003		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA FISIOTERAPIA	DIRECCIÓN KR 4 No. 6-21	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO CONSULTORIO ASOCIADOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clarainesmorales@hotmail.com	
TELÉFONOS 5369674	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2000		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2002
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN CALLE 83 No. 63 36	

Firma electrónica validador: null

38859

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

Página 3 de 4



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 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	2	10
Pública	21	2
Total	24	0

## 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

Firma electrónica validador: null

