FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-nov-2025

Fecha Validación: 24-nov-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RODRIGUEZ	TELLEZ	GINNA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52704052

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES MAR AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 68 H 39 A 15 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3005091962

EMAIL ginarodrigueztellez52@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 bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2003
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL CARDIO VASCULAR BASICO	INABTEC-RESCUE	2023	48
SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO	INABTEC-RESCUE	2023	48
MANEJO DEL DUELO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	2
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	6
auxiliar de enfermeria	CENCADENT	2007	1800

Firma electronica validador: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 24/11/2025 14:12:42

Documento electrónico: dc3c4edfeeb3fddcfafb698b7c0a8f2a403f346faaca28dec1b9d54b0b7f0dfc

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

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 Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 3444444	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 3 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar en enfermeria secundarios	*DEPENDENCIA* urgencias		*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34 #5-43

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* SUBREDSUR.GOV.CO
TELÉFONOS 7693030	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 1 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar en enfermeria	*DEPENDENCIA* URGENCIAS SIRC		*DIRECCIÓN* CARRERA 20 # 47 B - 35 SUR

Firma electronica validador: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 24/11/2025 14:12:42

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 en salud sur occidente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ops@subredsuroccidente.gov.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 1 MES 12 AÑO 2009	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de enfermeria	referencia y contrareferencia	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*
Privada	0	0
Pública	15	11
Total	15	11

Firma electronica validador: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 24/11/2025 14:12:42

Documento electrónico: dc3c4edfeeb3fddcfafb698b7c0a8f2a403f346faaca28dec1b9d54b0b7f0dfc
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 10-nov-2025

Fecha Validación: 24-nov-2025

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. - 10-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ 10/11/2025 14:20:20
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: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 24/11/2025 14:12:42

Documento electrónico: dc3c4edfeeb3fddcfafb698b7c0a8f2a403f346faaca28dec1b9d54b0b7f0dfc
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente