



# 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 GARCIA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CORREA		NOMBRES CLAUDIA VANESA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52859204			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 3 MES ABR AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 26 F BIS 78 59 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3025901747 EMAIL vanesagarciacorrea@yahoo.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 ACADÉMICO	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	AGOSTO	2002

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	ESCUELA DE SALUD FUSDESA	2016	1800

Firma electronica validador: null

408299

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

Página 1 de 6



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 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			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@subredsuoccidente.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3849160	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 13 MES 5 AÑO 2025		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 30 MES 11 AÑO 2025
<b>CARGO O CONTRATO</b> AUXILIAR DE ENFERMERIA	<b>DEPENDENCIA</b> ASISTENCIAL		<b>DIRECCIÓN</b> Calle 9 No. 39 – 46

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> clínica materno infantil eusalud	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> www.clinicaeusalud.com.co
<b>TELÉFONOS</b> 4320870	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 14 MES 6 AÑO 2024		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 21 MES 8 AÑO 2024
<b>CARGO O CONTRATO</b> auxiliar de enfermería en lactario	<b>DEPENDENCIA</b> materno		<b>DIRECCIÓN</b> Diag. 54 # 16 A 16

Firma electronica validador: null

408299

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

Página 2 de 6



# 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 amigos contra el cáncer proseguir	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD profesionalrecursohumano@proseguir.org	
TELÉFONOS 5556789	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 2 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 4 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería uci/ucim	DEPENDENCIA hospitalización	DIRECCIÓN Carrera 16 N° 59-04/54	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Adecco - Clínica Pediátrica Colsubsidio	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@colsubsidio.com	
TELÉFONOS 3144407800	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 10 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA hospitalización	DIRECCIÓN calle 66 #10-48	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Adecco - Fundación Hospital de la Misericordia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD juridica@homifundacion.org.co	
TELÉFONOS 2120400	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 10 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DIA 21 MES 1 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería supernumeraria	DEPENDENCIA hospitalización y urgencias	DIRECCIÓN Av. Caracas #1-65	

Firma electrónica validador: null

408299

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

Página 3 de 6



# 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			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Hospital Universitario Mayor Mederi	<b>PÚBLICA</b> <input type="checkbox"/>	<b>PRIVADA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> notificaciones@mederi.com.co
<b>TELÉFONOS</b> 5600520	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> auxiliar de enfermería administrativa	<b>DEPENDENCIA</b> clínicas endoscópicas		<b>DIRECCIÓN</b> Calle 24 No 29-45

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	<b>PÚBLICA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PRIVADA</b> <input type="checkbox"/>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> www.subredcentrooriente.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3444484	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> GESTORA COMUNITARIA	<b>DEPENDENCIA</b> SALUD PÚBLICA		<b>DIRECCIÓN</b> DIAGONAL 34 # 5 -43

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> VIVIR IPS	<b>PÚBLICA</b> <input type="checkbox"/>	<b>PRIVADA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> talentohumano@vivirips.com
<b>TELÉFONOS</b> 3001580	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> AUXILIAR ENFERMERIA	<b>DEPENDENCIA</b> DOMICILIARIO		<b>DIRECCIÓN</b> CRA 10 # 26 - 34

Firma electrónica validador: null

408299

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

Página 4 de 6



# 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 CASA DE LOS ABUELOS		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.casa de los abuelos .com.co		
TELÉFONOS 3168160987	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 2 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 3 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA GERIATRIA	DIRECCIÓN CALLE 27 # 10- 38 SUR		

### 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	3	0
Pública	0	10
Total	3	11

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



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