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
ORTIZ	RODRIGUEZ	JENNY MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022927493	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES SEP AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 69 F BIS No. 2 A 49 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6016419654

EMAIL mileidy290812@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 2004
										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		ENFERMERIA	5	2023	1022927493
Formación técnica	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	10	2007	

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
DESARROLLO DE CAPACIDADES QUE	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2025	48
ATENCION AL CLIENTE POR MEDIOS	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2025	48
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2025	40
SOPORTE VITAL BÁSICO “SVB/BLS”	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2025	40
SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2025	50
ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2025	40
ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2025	40
ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN DEL DUELO	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2025	60
ADMINISTRACIÓN SEGURA DE	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2025	50
ATENDER CLIENTES DEACUERDO CON	EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -	2025	50
ETICA EN LO PERSONAL Y LABORAL	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2025	40
POLITICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2025	2
UBICAR Y REUBUCAR USUARIOS EN	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	6
DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2024	20
LENGUAJE DE SEÑAS	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	2024	40
SARLAFT LA/FT-SICOF - PTEE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	40
USO RACIONAL Y OPTIMIZACION DE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	2
LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y	DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION -	2023	35
MANEJO INTEGRAL DEL DUELO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	24
RESPONSABILIDAD SOCIAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	8
INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA	FUNCION PUBLICA	2023	20
HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2023	48
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	40
TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	40
SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	50
TOMA Y ASESORIA PRE Y POST PRUEBA	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	20
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	40
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	40
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2023	20
CUIDADO DE ENFERMERIA EN SALUD SEXUAL	EL FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES	2023	128
INTRODUCCION AL MERCADEO SOCIAL PARA	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2023	3
INTRODUCCION A LAS FUNCIONES	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2023	10
PRECAUCIONES BASICAS HIGIENE DE MANOS	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2023	1
SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL PARA	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2023	1
AUTOCUIDADO PARA PERSONAL DE PRIMERA	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2023	10

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
inglés		X			X			X	

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 6017300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 9 MES 10 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Enfermera	*DEPENDENCIA* Urgencias		*DIRECCIÓN* Dg. 69r Sur #18 n 6

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 11 MES 1 AÑO 2008		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION, UCI ADULTO Y		*DIRECCIÓN* CALLE 60G SUR No. 18 BIS 09

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	13	7
Total	13	7

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:
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