FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BOCANEGRA	CABEZAS	JOSE HERVER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 5969214

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 38 D.M 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES NOV AÑO 1966

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Ortega

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra 103c NO 141b 33

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6862831

EMAIL jherver15@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°.* X	MES NOVIEMBRE AÑO 1989

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salúd Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2020

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 SERVICION DE SALUD NORTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6621111	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA*: FACTURACION	*DIRECCIÓN*: AV CRA 104 No 152C 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SUBA (S A SERVICIOS Y ASESORIAS)	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: NO SE TIENE -	
TELÉFONOS: 6448400	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 6 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA*: FACTURACION	*DIRECCIÓN*: AV CRA 104 No 152C 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE ENGATIVA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: juridica@hospitalengativa.gov.co	
TELÉFONOS: 2913300	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 1 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 2 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA*: FACTURACION	*DIRECCIÓN*: TRANS 100A No 80A 50	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2020

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
HOSPITAL DE BOSA II NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coop_intrasalud@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7802957	DIA 15 MES 9 AÑO 2005	DIA 15 MES 12 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	FACRURACION	CALLE 65D No 79C 90 S

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coop_intrasalud@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2882550	DIA 16 MES 4 AÑO 2001	DIA 10 MES 4 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE FACTURACION	FACTURACION	DIAG 34 No 5 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION CADIO INFANTIL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	NO SE TIENE

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6717506	DIA 30 MES 9 AÑO 1997	DIA 21 MES 7 AÑO 2000

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FACTURACION	CALLE 163A No 28 60

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2020

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	9
Pública	16	5
Total	19	3

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 INCOPATIBILIDAD 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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento BOGOTA Julio 27-2020

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