



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-jul-2020

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BELTRAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASAJA) GARAVITO	NOMBRES ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80377819	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD CCL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 80377813 D.M. 47		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES MAY AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Junín		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 187# 57-43 CASA 80 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5491596 EMAIL albegas05@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 ACADÉMICO CON ENFASIS	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	☒ 6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES NOVIEMBRE	AÑO 1999

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 REVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2007	80377819

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BÁSICO	CENTRO SUPERIOR ESAT	2020	25
SOPORTE VITAL AVANZADO	CENTRO SUPERIOR ESAT	2020	48
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CENTRO SUPERIOR ESAT	2020	40
DIPLOMADO URGENCIAS CRITICAS	UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR	2007	300



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-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
MEDICA MAGDALENA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestionhumana@clinicamagdalena.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2853900	DÍA 10 MES 10 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERO JEFE UNIDAD DE CUIDADO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	CALLE 39 # 14- 34	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESIMED		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	auxiliardenomina@esimed.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7957155	DÍA 10 MES 2 AÑO 2015		DÍA 1 MES 10 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERO JEFE	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO	AUTOPISTA NORTE # 94- 57	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Vergara	gerencia@hospitalvergara.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3132855857	DÍA 15 MES 7 AÑO 2014		DÍA 30 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERO JEFE	CONSULTA EXTERNA	VEREDA EL PALMAR	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-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	5	4
Pública	0	9
Total	5	11

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 16-Julio-2020

Alexander Beltrán G.

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.



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 15-jul-2020

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Sideap^{2.0}

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS