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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 05-may-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MUÑOZ	GIL	ALBERTO AUGUSTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79663835

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79663835 D.M 52

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES JUL AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

tv 18 q bis # 69 - 39 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7910371

EMAIL enfbeto@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 BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES SEPTIEMBRE AÑO 1995

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
TECNOLIGIA EN GESTION Y ATENCION	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE S.E.N.A	2013	3600
AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERÍA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDISAJE SENA	2005	1760
TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	ESCUELA DE SALUD FUSDESA	2004	1800

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 05-may-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: ESCUELA DE AUXILIAR EN ENFERMERIA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.esaesas.edu.co
TELÉFONOS: 5205567/5664350/3134	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: Instructor Soporte Vital Básico	*DEPENDENCIA*: enfermería		*DIRECCIÓN*: avenida 1 de mayo #26-30 tercer piso

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Fondo Financiero Distrital de Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: NO ESPECIFICA
TELÉFONOS: 3649090	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 8 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO: TARM PORTALES	*DEPENDENCIA*: Centro regulado de Urgencias y		*DIRECCIÓN*: Cra 32 n. 12 - 81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACION FUNDESCO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: FUNDESCOFUNDASION@GMAIL.COM
TELÉFONOS: 7498686	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 2 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: DOCENTE	*DEPENDENCIA*: ENFERMERÍA		*DIRECCIÓN*: CALLE 25 SUR # 9-66

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 05-may-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	1	6
Pública	1	0
Total	2	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 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).

05-MAY-2020

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alberto Munoz Gil

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