



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 BECERRA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JAIME	NOMBRES MARIA NAZARETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024476221	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES SEP AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Boavita		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 62 18 K 11 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3133271842 EMAIL marry11be@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller Técnico con Especialidad, Comercial
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES DICIEMBRE AÑO 2003

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	9	X	TERAPIA RESPIRATORIA	9 2009	10508

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
MANEJO INTEGRAL DEL DUELO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2021	24
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMA DE	PREDESALUD	2020	20

Firma electrónica validador: null

103401

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

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Avanzado	Centro Superior ESAT	2020	45
REANIMACION BASIC LIFE SUPORT (BLS)	FUSDESA	2020	40
Reanimacion Basic Life Support (BLS)	Fundacion de Socorristas Desarrollo y Accion	2013	40
III Congreso Nacional de Cuidado Respiratorio y	Fundacion Universitaria del Aea Andina	2008	22
Diplomado Cuidado Respiratorio en el Paciente	Universidad Manuela Beltran	2008	126
IV Encuentro de Ciencia y Tecnologia	Universidad Manuela Beltran	2008	8
Simposio de Terapia Respiratoria en Cuidado	Hospital Uiversitario ClinicaSan Rafael	2008	8
Jornada deActualizacion de Cuidado	Universidad Manuela Beltran	2008	8
VI Jornadda de Actualizacion en Terapia	Hospital Uiversitario ClinicaSan Rafael	2007	8
V Jornada de Actualizacion en Terapia Respiratoria	Hospital Uiversitario ClinicaSan Rafael	2006	8
Feria de la Ciencia y Tecnologia y Salud	Universidad Manuela Beltran	2005	8

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				
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
EUSALUD C.T.O CLINICA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA		X	Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	NO TIENE		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
4320872	DIA 4 MES 12 AÑO 2014	DIA 26 MES 5 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
TERAPEUTARESPIRATORIA	UCIA	Carrera 78 No 3A 40		

Firma electrónica validador: null

103401

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

Página 2 de 4



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 CLINICA CANDELARIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NO TIENE	
TELÉFONOS 5968690	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 1 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 1 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA UCIA	DIRECCIÓN CRA 29 N 63 A 11 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD TALENTUM	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no tiene	
TELÉFONOS 7425770	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA HOSPITAL SAN JOSE	DIRECCIÓN CARRERA 67 N 4G 78	

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	7
Pública	0	0
Total	3	7

Firma electrónica validador: null

103401

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

Página 3 de 4



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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: null