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

Ultima Actualización: 07-dic-2020

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ACEVEDO | TABORDA | CLAUDIA LORENA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 29138351

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 19 MES ABR AÑO 1984

PAÍS: Colombia

DEPTO: Caldas

CIUDAD: Anserma

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Carrera80b numero 42a-33 sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 4062899

EMAIL: claudiastilos@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: DICIEMBRE AÑO: 2002 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO | ANGELES DE LA SALUD ACADEMIA | 2020 | 40 |
| ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA | ANGELES DE LA SALUD ACADEMIA | 2020 | 40 |
| SOPORTE VITAL BASICO | ANGELES DE LA SALUD ACADEMIA DE | 2018 | 40 |
| UNIDAD RENAL | CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR | 2016 | 150 |
| Tecnico Auxiliar de Enfermeria | Escuela De Salud Teresa de Calcuta | 2015 | 1800 |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | ANGELES DE LA SALUD ACADEMIA | 0202 | 40 |

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

Ultima Actualización: 07-dic-2020

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<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE KENNEDY | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C. | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C. | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS<br>448003 | FECHA DE INGRESO<br>DIA 7 MES 5 AÑO 2018 | | FECHA DE RETIRO<br>DIA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO<br>OPS | DEPENDENCIA<br>UNIDAD RENAL | | DIRECCIÓN<br>AV 1 DE MAYO 40 B 54 |

## 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 | 2 | 7 |
| 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

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

Ultima Actualización: 07-dic-2020

*Ciudad y fecha del diligenciamiento* 07-diciembre-2020 bogota

*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*