



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: 14-dic-2020

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TABORDA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALONSO	NOMBRES ERIKA VIVIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033715800	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES NOV AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 58G N 48B48 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7185003 EMAIL erikalonso111@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 BÁSICA											TÍTULO bachiller académico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DICIEMBRE AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) 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	10	X	PSICOLOGÍA	3 2019	202029
Formación técnica	3	X	TECNICA PROFESIONAL EN PROCESOS HOSPITALARIOS	12 2010	1033715800

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA	FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y	2010	1800



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap

Última Actualización: 14 de 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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
red sur occidente	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3756579	DÍA 10 MES 6 AÑO 2020	DÍA	MES	AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
profesional en psicología	salud pública	cd 9 #16-29			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	defensajudicial@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3756579	DÍA 1 MES 9 AÑO 2017	DÍA 30 MES 8 AÑO 2020			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
técnico auxiliar en enfermería	salud pública	Calle 9 No. 39 - 40			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	no tiene			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7500505	DÍA 5 MES 2 AÑO 2014	DÍA 31 MES 8 AÑO 2017			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
auxiliar de enfermería	salud pública	Cra. 59 #14 - 44			



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 3.0

Última Actualización: 14-dic-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 Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD estrella@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 10 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO apoyo técnico auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA salud pública	DIRECCIÓN calle 67 a #18 c 12 sur	

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	8	1
Total	8	1

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

14-12-2020
Bogotá

Erika Faborda Alonso
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



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_{1.0}

Última Actualización: 14-dic-2020

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