El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
DURAN	RUIZ	LESLIE ALEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 63552918	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 20	MES 08	AÑO 1984	CALLE 19 # 10 - 10 CASA			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Santander
DEPTO	Santander			MUNICIPIO	MÁLAGA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA			TELÉFONO	3144773507	EMAIL	leslieduran7@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 OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11	AÑO 2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		ENFERMERIA	09	2007	ACTA 39238
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO PEDIATRICO	09	2012	ACTA 1526

experiencia laboral

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santander	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO

	DÍA 18 **MES** 11 **AÑO** 2020	**DÍA** 03 **MES** 01 **AÑO** 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA CO1.PCCNTR.1992502	**DEPENDENCIA** MATERNIDAD SEGURA	**DIRECCIÓN** Calle 45 No 11-52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** MÁLAGA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6607425	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 10 **MES** 02 **AÑO** 2020		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 09 **MES** 05 **AÑO** 2020
CARGO O CONTRATO EVALUADORA DE COMPETENCIAS LAB 1353356 del 06 de febrero de 2020	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN** Carrera 11 N° 13 ? 13

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD INTEGRASALUD	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** MÁLAGA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** contacto@integrasaludnacional.com
TELÉFONOS 3212087668	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 07 **AÑO** 2016		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	**DEPENDENCIA** PEDIATRIA - PYP -		**DIRECCIÓN** CALLE 36 # 31 - 39 LOCAL 305

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** BUCARAMANGA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** nomina3@fet.co
TELÉFONOS 6959990	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 04 **AÑO** 2014		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 06 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	**DEPENDENCIA** PEDIATRIA		**DIRECCIÓN** Cl. 62 # 17A-76,

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOINFANTIL	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** talentohumano@cardioinfantil.org.co
TELÉFONOS 6672727	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 10 **MES** 08 **AÑO** 2009		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 20 **MES** 01 **AÑO** 2013
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	**DEPENDENCIA** UCI CARDIOVASCULAR PEDIATRICA		**DIRECCIÓN** CALLE 163ª #13 B - 60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD COTRASALUD	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Santander	**MUNICIPIO** MÁLAGA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** admin@cootrasaludsantandercta.com
TELÉFONOS 6701414	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 05 **AÑO** 2006		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 10 **AÑO** 2007
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	**DEPENDENCIA** HOSPITALIZACION URGENCIAS PYP		**DIRECCIÓN**

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,(ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Málaga, marzo 3 de 2021
Ciudad y fecha



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co