

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jul-2017

1 DATOS PERSONALES

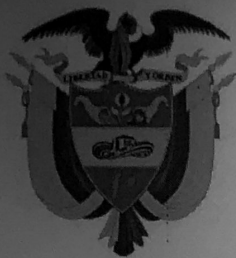
PRIMER APELLIDO PALENCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BOADA	NOMBRES MARIA ANGÉLICA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52717776	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES MAR AÑO 1982 PAÍS COLOMBIA DEPTO Huila MUNICIPIO NEIVA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KRA 51 A 127 A 75 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 3108683675 EMAIL angelicapalenciab@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 COMPLETO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒ 11º	MES NO	AÑO 2000



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jul-2017

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 HOSPITAL SANTA CLARA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3283105	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	DEPENDENCIA UFEN HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Cra. 14b #1-45 sur		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PARTENON		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3103239846	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 10 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	DEPENDENCIA URGENCIAS - DEPARTAMENTO DE	DIRECCIÓN Calle 74 No.76-65.		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO CHIA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 8617777	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO MEDICO UNIDAD DE CUIDADOS	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	DIRECCIÓN Km. 7, Autopista Norte de Bogotá. Chía,		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jul-2017

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
CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	CHIA		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
86177777	DÍA 1 MES 6 AÑO 2013		DÍA 31 MES 7 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO RURAL	HOSPITALIZACIÓN	Km. 7, Autopista Norte de Bogotá. Chía,	

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
PUBLICO	0	9
PRIVADO	1	2
PARTICULAR	17	3
TOTAL	4	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 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

 04/12/2017.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 21-jul-2017

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