



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>ORDÓÑEZ                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)                                     | NOMBRES<br>JUAN PABLO                                                                                                                                                           |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79849347 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                           |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO 79849347 D.M. 51          |                                                                    |                                                                                                                                                                                 |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 20 MES AGO AÑO 1975<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>Calle 20 C No.106-27 INT 9 AP 103<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6014646552<br>EMAIL juanpablo1037@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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO BACHILLER ACADEMICO |       |  |     |      |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|----------------------------|-------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO             |       |  |     |      |  |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                        | MARZO |  | AÑO | 1998 |  |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS | TERMINACIÓN | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|-------------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      | MES AÑO     | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 8             | X        | TRABAJO SOCIAL         | 12 2007     | 134997912      |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

## 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>Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>juan.ordonez@gobiernobogota.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3648460                                         | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 21 MES 10 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 10 MES 1 AÑO 2023                         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>SUPERVISOR DE CONTRATO                   | DEPENDENCIA<br>PLANEACIÓN                  | DIRECCIÓN<br>CRA 31D 4-05                                        |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                            |                                          |                                                                  |                  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>juan.ordonez@gobiernobogota.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3648460                                         | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 2 MES 2 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 1 MES 10 AÑO 2022                         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>PROFESIONAL                              | DEPENDENCIA<br>SEGURIDAD                 | DIRECCIÓN<br>CRA 31 D4-05                                        |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                |                                          |                                                                         |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                                 | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3013810285                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 7 MES 10 AÑO 2022                                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>773-2022                                                     | DEPENDENCIA<br>TRABAJO SOCIAL            | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 39 46                                              |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puentes Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

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            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                    |                                     | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD          |                 |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.          | coordinacionpapsivibogota@gmail.com |                 |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                     | FECHA DE RETIRO |
| 3013810285                                                  | DÍA 1 MES 2 AÑO 2022 |                                     | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                           |                 |
| trabajador social                                           | trabajo social       | CALLE 9 39 46                       |                 |

| 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.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3013810285                                                  | DÍA 1 MES 2 AÑO 2021 |                                           | DÍA 31 MES 1 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 3302-2021                                                   | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                       |

| 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.           | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO      |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3013810285                                                  | DÍA 13 MES 5 AÑO 2020 |                                           | DÍA 31 MES 1 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 4775-2020                                                   | TRABAJO SOCIAL        | CALLE 9 39-46                             |                       |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puentes Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

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                 |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                    |                                           | Colombia             |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                      |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                      |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO      |
| 3013810285                                                  | DÍA 5 MES 3 AÑO 2019 |                                           | DÍA 4 MES 1 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                      |
| 4796-2019                                                   | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                      |

| 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.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3019810285                                                  | DÍA 1 MES 2 AÑO 2019 |                                           | DÍA 28 MES 2 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 1003-2019                                                   | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                       |

| 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.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3013810285                                                  | DÍA 1 MES 2 AÑO 2018 |                                           | DÍA 31 MES 1 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 416                                                         | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                       |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puentes Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

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                 |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                    |                                           | Colombia             |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                      |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                      |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO      |
| 3013810285                                                  | DÍA 1 MES 7 AÑO 2017 |                                           | DÍA 1 MES 1 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                      |
| SO- 0385                                                    | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                      |

| 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.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3019810285                                                  | DÍA 2 MES 1 AÑO 2017 |                                           | DÍA 24 MES 3 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 2- 0250                                                     | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                       |

| 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.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                        |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO        |
| 3013810285                                                  | DÍA 1 MES 9 AÑO 2016 |                                           | DÍA 31 MES 12 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                        |
| 448                                                         | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                        |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puentes Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

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                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                    |                                           | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                       |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.          | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3013810285                                                  | DÍA 1 MES 2 AÑO 2016 |                                           | DÍA 31 MES 7 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 641                                                         | TRABAJO SOCIAL       | CALLE 9 39 46                             |                       |

| 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.           | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO      |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3013810285                                                  | DÍA 16 MES 5 AÑO 2015 |                                           | DÍA 31 MES 1 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 1033                                                        | TRABAJO SOCIAL        | CALLE 9 39 46                             |                       |

| 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.           | comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO      |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 3013810285                                                  | DÍA 16 MES 1 AÑO 2015 |                                           | DÍA 14 MES 5 AÑO 2015 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                                 |                       |
| 245                                                         | TRABAJO SOCIAL        | CALLE 9 39 46                             |                       |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puentes Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

### EMPLEO O CONTRATO

|                                                                                  |                                          |                                                                         |                                           |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |                                          | PÚBLICA<br>X                                                            | PRIVADA                                   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                                           |                  |
| TELÉFONOS<br>3013810285                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2014 |                                                                         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 12 AÑO 2014 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>1235                                                         | DEPENDENCIA<br>TRABAJADOR SOCIAL         | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 39 46                                              |                                           |                  |

### EMPLEO O CONTRATO

|                                                                                  |                                          |                                                                         |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |                                          | PÚBLICA<br>X                                                            | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                                          |                  |
| TELÉFONOS<br>3013810285                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2013 |                                                                         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 1 AÑO 2014 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>1133                                                         | DEPENDENCIA<br>TRABAJADOR SOCIAL         | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 39 46                                              |                                          |                  |

### EMPLEO O CONTRATO

|                                                                                  |                                           |                                                                         |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |                                           | PÚBLICA<br>X                                                            | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                                          |                  |
| TELÉFONOS<br>3013810285                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 25 MES 9 AÑO 2012 |                                                                         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 1 AÑO 2013 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>1600                                                         | DEPENDENCIA<br>TRABAJADOR SOCIAL          | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 39 46                                              |                                          |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Punte Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

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 Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                                 | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3013810285                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 7 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 8 AÑO 2012                                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>1429                                                         | DEPENDENCIA<br>TRABAJADOR SOCIAL         | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 39 46                                              |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                |                                          |                                                                         |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                                 | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comunicaciones@subredcentrooriente.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3013810285                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 6 AÑO 2012                                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>769                                                          | DEPENDENCIA<br>PROFESIONAL DE APOYO      | DIRECCIÓN<br>calle 9 39 46                                              |                  |

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   | 10                    | 1     |
| Total     | 10                    | 1     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda



Última Actualización: 30-ene-2023

Fecha Validación: 30-ene-2023

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. - 30-ene-2023  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

\_\_\_\_\_  
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