

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en máquina de escribir

SIEMPRE
AL DIA!

Fecha D M A	Empleo o cargo en el que está interesado Auxiliar Enfermería	Código cargo
----------------	--	--------------

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Sastorae Ortega	Nombre(s) del aspirante Martha Lilia	
Dirección domicilio / Barrio Cra 4 #6-16 int 6	Ciudad Chia	
Teléfono 8708103	No. Celular 3117197927	
Correo electrónico	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales	(*) Estado civil Casada	

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: ☒ N° 35195485	(**) Libreta militar N°	Primera clase: ☐
Extranjería: ☐ Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☐	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☒ No ☐	¿En qué empresa? Hogar San Rafael	Empleado ☒ Tipo de contrato Fijo
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☒ No ☐	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☒ No ☐	Fecha
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒	Nombre	Dependencia
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐	Por medio de agencia ☐ Otro ☒	¿Cuál? Asesorio
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? Chia	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☒
Vive en casa: ¿Familiar? ☒ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☐	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$
¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)? Hacer deporte	¿Practica algún deporte? Si ☒ No ☐	¿Cuál(es)? Ciclismo
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si ☐ No ☒	¿Cuál(es)?	
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si ☐ No ☒	¿Cuál(es)?	

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Seguir comprometiendo pero dar una buen desempeño en mis labores prestados a los personas que nos nos necesitan y dar lo mejor como ser humano

III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Edgar Rodríguez		Profesión, ocupación u oficio Vigilante		Empresa donde trabaja	
Cargo actual Vigilante		Dirección		Teléfono	
Ciudad Chia		N° de personas que dependen económicamente del solicitante 4		Parentesco esposo, hijos	
Edades 34, 13, 12, 8		Nombre(s) padre(s) German Sastore		Profesión, ocupación u oficio Granadero	
Teléfono(s) 8708103		Nombre(s) hermano(s) Fabiola Orteaga		Profesión, ocupación u oficio Operaria	
Teléfono(s) 8708103		Nombre(s) hermano(s) John Sastore		Profesión, ocupación u oficio Conductor	
Teléfono(s) 3115563848		Nombre(s) hermano(s) Laura Sastore		Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales	
Teléfono(s) 3102426107					

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1993	5	Primaria	Afiliada	Chia
Bachillerato Clásico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	2001	11	Bachiller	CEAM	Chia
Educación Superior Técnico ☒ Tecnológico ☐ Profesional ☐	2016		Auxiliar Enfermería	USC Salud	Chia
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana A distancia ☐	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien					
Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Programa(s) que maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Si ☐ No ☐	1.	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Hablado R B MB	
¿Que idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONOMICAS (*)				AREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA	☐	Metalurgia	☐	FINANCIERO	☐	Administración	☐
GANADERIA / AVICULTURA	☐	Maquinaria	☐	INMOBILIARIO	☐	Auditoría	☐
MINERIA	☐	Automotores	☐	INFORMATICO	☐	Bodega	☐
HIDROCARBUROS	☐	Muebles	☐	SALUD	☐	Compras	☐
INDUSTRIA	☐	Reciclaje	☐	EDUCACION	☐	Contabilidad	☐
Alimentos y Bebidas	☐	OTROS (¿Cuáles?)	☐	SEGUROS	☐	Costos	☐
Tabaco	☐		☐	TURISMO / RECREACION	☐	Credito y Cobranzas	☐
Textiles y Confecciones	☐		☐	OTROS SERVICIOS	☐	Diseño	☐
Cuero y Calzado	☐	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	☐	Asesorías Profesionales	☐	Finanzas	☐
Papel y Carton	☐	CONSTRUCCION	☐	Servicios Temporales	☐	Gerencia General	☐
Editorial y Artes Gráficas	☐	COMERCIO	☐	Seguridad Vigilancia	☐	Impuestos	☐
Químico y Farmacéutico	☐	HOTELES Y RESTAURANTES	☐	OTROS SECTORES	☐	Mercadeo	☐
Caucho y Plástico	☐	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO	☐		☐	Producción	☐
Vidrio, Cerámica y Cemento	☐	COMUNICACIONES	☐		☐	Publicidad	☐

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Hogar San Rafael		Dirección km 5 # 9-46		Teléfono(s) 8630239	
Cargo Servicios Gene.		Nombre de su jefe inmediato Hna. Claudia		Fecha de ingreso D 13 M 07 A 2008	
Fecha de retiro D M A 		Total tiempo servido		Sueldo inicial \$ 	
Sueldo final o actual \$ 		Carga(s) desempeñado(s) por usted			

Funciones realizadas

Servicios Generales

Logros obtenidos

crecimiento Profesional: Auxiliar Enfermería

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
Fijo ☒		Contrato por medio de agencia ☐	
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐		Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Motivo del retiro			

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso D M A 	
Fecha de retiro D M A 		Total tiempo servido		Sueldo inicial \$ 	
Sueldo final \$ 		Carga(s) desempeñado(s) por usted			

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
Fijo ☐		Contrato por medio de agencia ☐	
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐		Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Motivo del retiro			

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso D M A 	
Fecha de retiro D M A 		Total tiempo servido		Sueldo inicial \$ 	
Sueldo final \$ 		Carga(s) desempeñado(s) por usted			

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
Fijo ☐		Contrato por medio de agencia ☐	
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐		Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Motivo del retiro			

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si ☒ No ☐		¿Fondo de pensiones? Si ☐ No ☐		¿Fondo de cesantías? Si ☐ No ☐	
¿Cuál? Coomeva		¿Cuál? PROTECCION		¿Cuál? 	
Fecha de afiliación: Cotizante ☐ Beneficiario ☐		Fecha de afiliación: 		Fecha de afiliación: 	

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.-	Nombre Manen Pabrador	Ocupación Servicio General	Dirección	Teléfono 320129400
2.-	Nombre Edoardo Rodriguez	Ocupación Electricista	Dirección	Teléfono 6924229
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre Edgar Rodriguez	Ocupación Vigilante	Dirección Cra 7 #616 Int 6	Teléfono 3142527166

Verificación (Espacio exclusivo para el empleador)

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en:
 **ALIADO LABORAL**
www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Hartho Lora Sotogre
C.C. 38193423

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
				Día	Hora	Asistió a Entrevista		Hora de Llegada
1.-						Si	No	
2.-								
ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien								
Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos	
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		
CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA								
Primer entrevistador								
Segundo entrevistador								
Candidato seleccionado definitivamente				Contrátese a partir del		Sueldo \$		
Candidato elegible próximamente				Cargo		Tipo de contrato		
Referencias verificadas por			Primer entrevistador			Segundo entrevistador		Firma de quien autoriza contratación



HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL
NIT, 860.019885-5



ANEXO No 8

CARTA DE COMPROMISO PROFESIONALES

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA
Carrera 11 N° 11-29 segundo piso
Chía.

Referencia: AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL
ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CHIA QUE SE ENCUENTREN
EN ESTADO DE ABANDONO O VULNERABILIDAD

Proceso: Invitación pública ESAL No 008 de 2024

La suscrita **MARTHA LIGIA SASTOQUE ORTEGON** identificada con número de cedula 35.195.485 de Chía, en desarrollo de mi profesión y como colaboradora del HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL manifiesto mi voluntad y disponibilidad para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermería, apoyando este gran proyecto de acuerdo con la invitación publica y en el caso de que el proponente HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL resultará adjudicado en el proceso de la referencia.

Adicionalmente me encuentro en disposición y autorizo ser contactada para verificación de datos consignados en mi hoja de vida.

Atentamente,

MARTHA LIGIA SASTOQUE ORTEGON

CC No 35.195.485 de Chía
marthasastoque1978@hotmail.com
Celular: 321-3637827

Search

[SISPRO](#)

[Principal](#)

[SIDAM- SI Estandares de Medicam...](#)

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

35195485

Primer Nombre *

MARTHA

Primer Apellido *

SASTOQUE

Confirme los números de la Imagen *

4056



Cambiar

9446

[Verificar Registro en ReTHUS](#)

[Limpiar](#)

Resultado General -2020-11-20--9:49:25 PM -2020-11-20--9:53:09 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación	
CC	35195485	MARTHA	LIGIA	SASTOQUE	ORTEGON	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARTHA LIGIA SASTOQUE ORTEGON identificado(a) con CC 35195485 registra La siguiente información:

2020-11-20--9:53:09 PM

Información Académica

Tipo	Origen	Profesión u Ocupación	Fecha inicio	Acto	Entidad
Programa	Obtención		ejercer	Administrativo	Reportadora
	Titulo		Acto		
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-12-12	3474	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto.

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PORSD](#)

Notificaciones judiciales



CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCIÓN No. 25 - 3474
12 DE DICIEMBRE DE 2016

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989, el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, la Ley 1164 de 2007 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 5258 de 2011, expedida por la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que **SASTOQUE ORTEGON MARTHA LIGIA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **35195485**, expedida **CHIA CUNDINAMARCA**, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**; diploma otorgado por, **LA ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD "USESALUD" EN ZIPAQUIRA CUNDINAMARCA**, según **ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 49 DE FECHA 05 DE DICIEMBRE DE 2016**

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho;

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **SASTOQUE ORTEGON MARTHA LIGIA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **35195485**, expedida en **CHIA CUNDINAMARCA**, para ejercer como **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, quedara inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, el **12 DE DICIEMBRE DE 2016**


DORIS E. RODRIGUEZ PÉREZ
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: JANETH FLOREZ

Revisó: José Luis Rodríguez

V.B CAAJ : Alfonso Sánchez

BOGOTA D.C. <u>28-12-2016</u>
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) <u>Marta Lige Sastoque</u>
CC No. <u>35195485 Chir</u>
Firma <u>Marta Lige Sastoque</u>



USESALUD

ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y AUTORIZACION POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

EN ATENCION A QUE

Martha Ligia Sastoque Ortegón

Con Identificación No. 35195485 de Chía

Ha cursado todos los estudios y cumplido todos los requisitos legales conforma a la ley 115 de 1994, ley 715 de 2001 y decreto 4904

LE OTORGA EL TITULO DE

Técnico Laboral Por Competencias en Auxiliar de Enfermería

Según resolución E289 De Octubre 25 de 2010 emanada de la Secretaría de Educación de Zipaquirá.
En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma en Zipaquirá (Cund).

A los cinco (05) días del mes de Diciembre de 2016

Acta de Grado No 49 Anotado en el libro de registro No 5

[Firma]
Dirección General

[Firma]

Dirección Académica

[Firma]
Dirección



CO-S

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Zipaquirá, a los Cinco (05) días del mes de Diciembre de 2016 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los estudiantes de TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA, Los suscritos Dirección General y Dirección Académica en las oficinas de la institución de formación para el trabajo y desarrollo de talento Humano ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD "USESALUD", institución aprobada por la Secretaría de Educación de Zipaquirá mediante resolución N. E 289 de Octubre 25 de 2010 y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, al egresado cuyo nombre y número de documento de identidad, se relaciona a continuación:

Apellidos y Nombres	Identificación	Lugar de Expedición
<i>Sastoque Ortega Martha Ligia</i>	<i>35195485</i>	<i>Chía (Cund)</i>

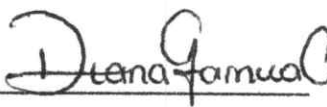
Es fiel copia tomada del acta original General No. 49 de fecha Cinco (05) días del mes de Diciembre de 2016. Que inicia con el nombre de SOREN LIZETH AGUILAR MARQUEZ y se cierra con el nombre de ANA MARIA TORRES NIÑO.

Firmado y sellado por **TULIA ELVIRA RODRIGUEZ PEDRAZA** (GERENTE)
MIGUEL ANTONIO MARTÍNEZ ARÉVALO (DIRECTOR ACADEMICO)
DIANA MARLEN GARNICA CARVAJAL (SECRETARIA ACADEMICA)

Dada en Zipaquirá, a los Cinco (05) días del mes de Diciembre de 2016.


 Dirección General
 C.C 35.408.594 De Zipaquirá


 Dirección Académica
 C.C. 11.345.224 de Zipaquirá


 Secretaria Académica
 C.C.35.422.874 de Zipaquirá



HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL
NIT, 860.019885-5



Chía, 23 de septiembre de 2024

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL
HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL DE CHIA

CERTIFICA

Que la señora **MARTHA LIGIA SASTOQUE ORTEGON** identificada con número de cedula 35.195.485 de Chía, se encuentra vinculada con nuestra institución desempeñándose como Auxiliar de Enfermería, desde el 13 de julio de 2015 por contrato a término indefinido.

La presente se expide a solicitud del interesado

Atentamente,


HNA. OMAIRA CALDERON M.

Directora