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
VELASQUEZ		MARITZA EDELMIRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (•) C.E ( ) PAS ( ) No. 52808968	F (•) M ( )	COL. (•) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 09	MES 04	AÑO 1981	CLL 153 N° 94-51 CASA 24			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Bogotá D.C
DEPTO	Cundinamarca			MUNICIPIO	BOGOTÁ		
MUNICIPIO	NEMOCÓN			TELÉFONO	3003418015	EMAIL	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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 1997

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	8	X		ENFERMERIA	06	2002	15969

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 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
Fundación Centro de Gestión en Salud		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	SANTA FE DE BOGOTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 08 AÑO 2019	DÍA 30 MES 11 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Secretaria de Salud		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SINERGIAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	SANTA FE DE BOGOTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO

3017687827	**DÍA** 15 **MES** 05 **AÑO** 2019	**DÍA** 08 **MES** 07 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** CRA 22 N 81-80 OF 201

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Fundación Centro de Gestión en Salud	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** SANTA FE DE BOGOTA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 16 **MES** 10 **AÑO** 2018		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2018
CARGO O CONTRATO Secretaria de Salud Cundinamarca	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN CANGURO	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 7458182	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 11 **AÑO** 2016		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 28 **MES** 02 **AÑO** 2017
CARGO O CONTRATO Enfermera consejera en Lactanc	**DEPENDENCIA** salud pública		**DIRECCIÓN** calle 44B Nº 53-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN SALUTIA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6134609	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 07 **AÑO** 2016		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 12 **MES** 08 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO CONSULTORA	**DEPENDENCIA** SALUD PUBLICA		**DIRECCIÓN** CRA 71B 116A-12

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SALUTIA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** salutia@salutia.org
TELÉFONOS 6134609	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2016		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 06 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO AUDITORA	**DEPENDENCIA** SALUD PUBLICA		**DIRECCIÓN** Carrera 71 B No. 116 A – 12, Barrio Pontevedra

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD COORPORACION OPCION LEGAL	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 2817222	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 12 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 06 **AÑO** 2014
CARGO O CONTRATO CONSULTORA POLITICAS PUBLICAS	**DEPENDENCIA** MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI		**DIRECCIÓN** CR 10-24-76

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD NACIONES UNIDAS - PMA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3460611	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 22 **MES** 02 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2013
CARGO O CONTRATO CONSULTORA POLITICAS PUBLICAS	**DEPENDENCIA** MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI		**DIRECCIÓN** CRA 7 N 74-21

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3649090	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 30 **MES** 03 **AÑO** 2010		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 13 **MES** 01 **AÑO** 2011
CARGO O CONTRATO CONSULTORA POLÍTICAS PUBLICAS	**DEPENDENCIA** SALUD PUBLICA		**DIRECCIÓN** CRA 32 N 12-81

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA		X	Colombia

DEPARTAMENTO Bogotá D.C	**MUNICIPIO** BOGOTÁ	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3649090	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 02 **MES** 07 **AÑO** 2009	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 01 **MES** 03 **AÑO** 2010
CARGO O CONTRATO CONSULTORA POLÍTICAS PUBLICAS	**DEPENDENCIA** SALUD PUBLICA	**DIRECCIÓN** CR 32-12-81

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE COGUA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** ZIPAQUIRÁ	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 8548125	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 10 **AÑO** 2004	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 01 **AÑO** 2005
CARGO O CONTRATO COORDINADORA PROYECTOS SALUD P	**DEPENDENCIA** SECRETARIA DE SALUD	**DIRECCIÓN** CRA 3 N 3-34 CENTRO DE SALUD COGUA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DIVINO SALVADOR	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** SOPÓ	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 8572696	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 09 **AÑO** 2004	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 01 **AÑO** 2005
CARGO O CONTRATO Coordinadora Proyectos Salud P	**DEPENDENCIA** SECRETARIA DE SALUD	**DIRECCIÓN** CRA 4 N5-89 SOPO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** ZIPAQUIRÁ	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 8548121	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 06 **AÑO** 2002	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2002
CARGO O CONTRATO Coordinadora proyectos salud p	**DEPENDENCIA** Secretaría de Salud	**DIRECCIÓN** CRA 3 N 3-34 CENTRO DE DE SALUD COGUA

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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.

_____ _____
Ciudad y fecha NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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