FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 13-dic-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ZARATE	CACERES	KELLY HIRSSLENY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39804511

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES SEP AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 3 B N 4B- 20

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Cajicá TELEFONO 8831693

EMAIL kelly.zaratecaceres@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* BACHILLERATO ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2000
										X	

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 ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	11	2017	39804511
Universitaria	10	X		ENFERMERIA	7	2007	17972

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
PLANEACION TERRITORIAL EN SALUD EN EL	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	2015	96

Escaneado con CamScanner

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0
Última Actualización: 13-dic-2020

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	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.	suroccidenteanalisis@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3133914803	DIA 10 MES 6 AÑO 2020	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Epidemiologa	Gobernanza	Calle 9 No. 39 - 46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE GACHANCIPA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Gachancipá	contactenos@gachancipa-cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8578146	DIA 11 MES 2 AÑO 2019	DIA 27 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS COMO	SALUD	ALCALDIA MUNICIPAL DE GACHANCIPA

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE SESQUILE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Sesquilé	sesquile@sesquile-cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3103245494	DIA 24 MES 1 AÑO 2019	DIA 23 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS	SALUD PUBLICA	ALCALDIA MUNICIPAL DE SESQUILE

Escaneado con CamScanner

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap
Última Actualización: 13-dic-2020

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: ALCALDIA MUNICIPAL DE CAJICA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Cajicá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contratoscajica@gmail.com
TELÉFONOS: 8795356	FECHA DE INGRESO: DIA 10 MES 8 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO: DIA 9 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS	DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD		DIRECCIÓN: CALLE 2 N 4-07

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA MUNICIPAL DE SESQUILE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: Sesquilé		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: sesquile@sesquile-cundinamarca.gov.co
TELÉFONOS: 3103245494	FECHA DE INGRESO: DIA 24 MES 1 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO: DIA 23 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS	DEPENDENCIA: SALUD		DIRECCIÓN: ALCALDIA MUNICIPAL DE SESQUILE

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA MUNICIPAL DE LA CALERA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: La Calera		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: alcaldia@lacalera-cundinamarca.gov.co
TELÉFONOS: 8600466	FECHA DE INGRESO: DIA 19 MES 9 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS	DEPENDENCIA: SALUD		DIRECCIÓN: CARRERA 3 N 6-10 LA CALERA

Escaneado con CamScanner

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0
Última Actualización: 13-dic-2020

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
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUATAVITA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Guatavita	contactenos@guatavita-cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3112238281	DIA 4 MES 9 AÑO 2017	DIA 28 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS	SALUD PUBLICA	ALCALDIA MUNICIPAL DE GUATAVITA

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOPO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Sopó	ssbienestarsocial@sopo-cundinamarca@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5876644	DIA 27 MES 1 AÑO 2015	DIA 21 MES 7 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SALUD PUBLICA	CARRERA 3 N 2-45

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOPO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Sopó	ssbienestarsocial@sopo-cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5876644	DIA 13 MES 5 AÑO 2014	DIA 30 MES 11 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS	SECRETARIA DE SALUD	CARRERA 3 N 2-45

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 13-dic-2020

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 CHIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Chia	sedesambulatorias@clinicachia.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5938080	DIA 18 MES 3 AÑO 2013	DIA 9 MES 5 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA JEFE CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	CALLE 6 N 10-125

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS CAFAM		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Chia	seleccion@cafam.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3115773434	DIA 9 MES 6 AÑO 2008	DIA 28 MES 2 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFEREMERA JEFE CONSULTA	SALUD	IPS CAFAM CHIA

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	3	10
Pública	5	8
Total	9	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 13-dic-2020

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

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

Escaneado con CamScanner