FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-ene-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VALERO	GUTIERREZ	YAZMIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51967423

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES DIC AÑO 1968

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 80N 70 a 10 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4644696

EMAIL yavagut@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 PEDAGOGICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1987
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
PRIMER RESPONDIENTE DE SALUD	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2019	8
PRIMER RESPONDIENTE BASICO SALUD	IDIGER	2019	8
DIPLOMADO ATENCIÓN INTEGRAL DEL	POLITECNICO SURAMERICA	2018	120
SOPORTE VITAL BASICO	ESCUELA SALUD TEREZA CALCUTA	2018	50
DIPLOMADO CUIDADO AVANZADO DEL	POLITÉCNICO MAYOR	2018	120
PROMOCION Y PREVENCION	POLITECNICO DE COLOMBIA	2018	120
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION EN	1997	2084

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-ene-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: Secretaría Distrital de Integración Social	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: integracionsocial@sdis.gov.co	
TELÉFONOS: 3279797	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 2 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA 3 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: 1394/2019	*DEPENDENCIA*: SDIS BOSA	*DIRECCIÓN*: CALLE 73 SUR 81 B 10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Secretaría Distrital de Integración Social	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: integracionsocial@sdis.gov.co	
TELÉFONOS: 3279797	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 7 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: 6487- 2018	*DEPENDENCIA*: SDIS BOSA	*DIRECCIÓN*: CALLE 73 SUR 81 B 10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: integracionsocial@sdis.gov.co	
TELÉFONOS: 3279797	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 4 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: 5696 / 2017	*DEPENDENCIA*: SDIS BOSA	*DIRECCIÓN*: CALLE 73 SUR 81 B 10	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-ene-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 SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* integracion@sdis.gov.co
TELÉFONOS 3279797	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 6 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA 26 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO 9090-2016	*DEPENDENCIA* SDIS BOSA		*DIRECCIÓN* CLLE 73 SUR 814 B 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* integracion@sdis.gov.co
TELÉFONOS 3279797	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 5 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DIA 5 MES 5 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO 9739-2015	*DEPENDENCIA* SDIS BOSA		*DIRECCIÓN* CLLE 73 SUR 814 B 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co
TELÉFONOS 7799800	*FECHA DE INGRESO* DIA 5 MES 9 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 9 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO 2663-2014	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CARRERA 77 I BIS No 69 b 76 sur

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-ene-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: HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS: 7799800	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 8 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: 998-2014	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 77 I BIS No 69 b 76 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS: 7799800	*FECHA DE INGRESO*: DIA 9 MES 10 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: 2285-2013	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 77 I BIS No 69 b 76 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS: 7799800	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: 820-2013	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 77 I BIS No 69 b 76 sur	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-ene-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 HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co
TELÉFONOS 7799800	*FECHA DE INGRESO* DIA 9 MES 8 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO 1436-2012	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN* CARRERA 77 I BIS No 69 b 76 sur

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	8
Pública	5	9
Total	6	6

Mike Pradón

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Bogota - 14-01-2020

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-ene-2020

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.

PARA SIDEAP

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS