FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-mar-2021

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| CENTENO | QUIÑONES | LUZ DEYSI |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52547259

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 10 MES SEP AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Nariño

CIUDAD Tumaco

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 33B SUR No. 4B - 43

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3105987321

EMAIL deysicq.233@hotmail.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°.* X | MES JULIO AÑO 1998 |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U" | 2003 | 1957 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

sideap 2.0

Última Actualización: 15-mar-2021

## 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 Integración Social | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: integracion@sdis.gov.co | |
| TELÉFONOS: 3808330 | FECHA DE INGRESO: DIA 4 MES 12 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO: 14228-2020 | DEPENDENCIA: DIRECCIÓN POBLACIONAL | DIRECCIÓN: Carrera 7 # 32 -12 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsur.gov.co | |
| TELÉFONOS: 7428585 | FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 11 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2018 | |
| CARGO O CONTRATO: 13842-2018 | DEPENDENCIA: SALUD PUBLICA | DIRECCIÓN: CARRERA 20 No. 47B - 35 SUR | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsur.gov.co | |
| TELÉFONOS: 7428585 | FECHA DE INGRESO: DIA 4 MES 7 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 9 AÑO 2018 | |
| CARGO O CONTRATO: 9759-2018 | DEPENDENCIA: SALUD PUBLICA | DIRECCIÓN: CARRERA 20 No. 47B - 35 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 2.0

Última Actualización: 15-mar-2021

## 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 E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | contactenos@subredsur.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7428585 | DIA 1 MES 4 AÑO 2018 | DIA 30 MES 6 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| 6430-2018 | SALUD PUBLICA | CARRERA 20 No. 47B - 35 SUR |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | contactenos@subredsur.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7428585 | DIA 1 MES 1 AÑO 2018 | DIA 31 MES 3 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| 334-2018 | SALUD PUBLICA | CARRERA 20 No. 47B - 35 SUR |

**EMPLEO O CONTRATO**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | contactenos@subredsur.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7428585 | DIA 22 MES 5 AÑO 2017 | DIA 31 MES 12 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| 6147 | SALUD PUBLICA | CARRERA 20 No. 47B - 35 SUR |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

Secretaria Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-mar-2021

## 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*: ADMINISTRADORA DE REDES Y COMUNICACIONES ARCOM | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contacto@arcomcolombia.com | |
| *TELÉFONOS*: 7450593 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 10 AÑO 2016 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 9 MES 4 AÑO 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO*: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | *DEPENDENCIA*: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | *DIRECCIÓN*: CARRERA 16 No. 80-18 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: INSTITUTO MEDICO LA 34 | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: insmedico@hotmail.com | |
| *TELÉFONOS*: 2457209 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 7 AÑO 2011 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 19 MES 8 AÑO 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO*: AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*: CONSULTA EXTERNA | *DIRECCIÓN*: AV. CARACAS No. 34-36 | |

## 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 | 5 | 7 |
| Pública | 1 | 9 |
| Total | 7 | 4 |

## 5 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 2.0

Última Actualización: 15-mar-2021

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*