FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaria Distrital De Salud

SIDEAP

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SAMACA	RODRIGUEZ	MYRIAM CECILIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51985240

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 31 MES AGO AÑO 1970

PAIS: Colombia

DEPTO: Bogota D.C

CIUDAD: Bogota D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 124 # 9 - 39 Edificio Center III Apto 303

PAIS: Colombia DEPTO: Bogota D.C

CIUDAD: Bogota D.C TELEFONO: 6422655

EMAIL: myriamsamaca@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACION BASICA											TITULO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES: JUNIO AÑO: 1989
										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 NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERA	2	2008	21309
MG	6	X		MAGISTRA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD	7	1999	
UN	10	X		ODONTOLOGA	12	1995	51985240

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 R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles	X			X			X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

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	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 0055 2017	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Bogota D C	Bogotá D C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 29 MES 3 AÑO 2017	DIA 14 MES 8 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Subdirección de Gestión del Riesgo en	Calle 13 No 32 - 81

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 1065 2016	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Bogota D C	Bogota D C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 21 MES 9 AÑO 2016	DIA 20 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
Profesional Especializado	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	Calle 13 No 32 81

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 0489 2016	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Bogota D C	Bogota D C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 29 MES 4 AÑO 2016	DIA 28 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	CALLE 13 No 32 81

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

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	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 0138 2015	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	Bogotá D.C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 9 MES 3 AÑO 2015	DIA 12 MES 3 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	Calle 13 No. 32 - 81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 0071 2014	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	Bogotá D.C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 9 MES 7 AÑO 2014	DIA 11 MES 2 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Secretaria Distrital De Salud	Calle 13 No. 32 - 81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 0610 2013	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	Bogotá D.C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 4 MES 7 AÑO 2013	DIA 27 MES 6 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Secretaria de Salud	Calle 13 No. 32 B1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaria Distrital De Salud

SIDEAP

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	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 1757 2012	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C	Bogota D.C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 17 MES 10 AÑO 2012	DIA 30 MES 6 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Secretaria Distrital de Salud	Calle 13 No. 32 81

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Contrato 0839 2012	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C	Bogota D.C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3549590	DIA 8 MES 6 AÑO 2012	DIA 22 MES 9 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Secretaria Distrital de Salud DUES	Calle 13 No 32 81

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
TALENTUM		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota D.C	Bogota D.C	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7425770	DIA 14 MES 9 AÑO 2011	DIA 8 MES 3 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinadora Obstetricia	Univer Opticas	Carrera 67 NO. 4 G 78 P so 2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

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	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
JAVESALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Bogotá D C	Bogotá D C.	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DEL RETIRO
2132329	DIA 3 MES 11 AÑO 2010	DIA 11 MES 8 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinadora Sede IPS	COORDINACIÓN	CALLE 147 No. 17 a3

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	5	9
PRIVADO	1	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	12

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 PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO UNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95)

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Myriam Cecilia Zamora Rodriguez

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaria Distrital De Salud

SIDEAP

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