FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Ultima Actualización

Fecha Validación

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VARGAS	NIÑO	CLAUDIA MARIBET

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52033744	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES FEB AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 81B 19B 85

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4150603

EMAIL clauvarni@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 Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 1989

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		ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA	12	2017	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	12	2011	7159
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	11	2001	20158

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Soporte Vital Básico	INSPROT	2019	20

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 Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogota D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* servicioalciudadano@sena.edu.co	
TELEFONOS 2857848	*FECHA DE INGRESO* DIA 21 MES 7 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO* DIA 18 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Instructora Programa Técnico Enfermería	*DEPENDENCIA* Centro de formación en talento humano en	*DIRECCIÓN* Calle 6 No. 45 - 52	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogota D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* servicioalciudadano@sena.edu.co.	
TELEFONOS 2857848	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 3 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO* DIA 18 MES 7 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Instructora Programa Tecnico Enfermeria	*DEPENDENCIA* Centro de formación en talento humano en	*DIRECCIÓN* calle 6 No. 45 -52	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Ultima Actualización
Fecha Validación

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: Fundación Universitaria del Área Andina	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: secretaria.areaandina@edu.co	
TELÉFONOS: 7424218	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 10 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 9 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: Docente de Práctica	DEPENDENCIA: Facultad de Enfermería	DIRECCIÓN: Carrera 14A No. 70A -34	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Universidad de Antioquia	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Antioquia	MUNICIPIO: Medellín	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: achivolab@arhuaco.udea.edu.co	
TELÉFONOS: 2195293	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 6 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 6 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: Contratista Servicios	DEPENDENCIA: Programa de Investigaciones Médicas	DIRECCIÓN: Calle 67 No, 53 - 108 Bloque 16, Oficina	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Colsubsidio	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: ServicioCliente.ServiciosCompartidos@colsubsidio.com	
TELÉFONOS: 7420100	FECHA DE INGRESO: DIA 18 MES 7 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Enfermera	DEPENDENCIA: Enfermería	DIRECCIÓN: Calle 26 No. 25 - 50	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2021

Fecha Validación:19-oct-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: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: Hospitalchapinero@hotmail.com
TELEFONOS: 2363650	*FECHA DE INGRESO*: DIA 29 MES 9 AÑO 2003		*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 1 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO: Enfermera Salud Pública	*DEPENDENCIA*: Salud Pública		*DIRECCIÓN*: Calle 76 No, 21 - 10 Piso 2

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogota D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: Tunjuelito@esebogotá.gov.co
TELEFONOS: 2705666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2002		*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 5 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO: Enfermera	*DEPENDENCIA*: Área hospitalaria		*DIRECCIÓN*: Transversal 44 No. 52B - 02

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	16	3
Pública	2	8
Total	17	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización
Fecha Validación

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 19-oct-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

CLAUDIA LUCERO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Se certifica que los soportes e información de la hoja de vida cumplen con el Perfil solicitado en los Estudios Previos e Idoneidad

Vo Bo

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá 26/10/2021

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Andrés Bustos