



# 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: 28-nov-2021  
Fecha Validación: 07-dic-2021

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DIAZ	NOMBRES MADELEINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 35600860	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES OCT AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Chocó CIUDAD Quibdó	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA transversal 34 N°24-42 apar 602 torre 1 geranio PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 9023232 EMAIL madehernandezd@yahoo.es	

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 BÁSICA										TÍTULO	Bachiller Comercial			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1993

### 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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X	ENFERMERIA	7 1999	06266

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Primer Respondiente	Secretaria Distrital de Salud	2020	2
Jornada Distrital de tuberculosis TB Y VIH	Secretaria Distrital de Salud	2009	24
Actualización métodos anticonceptivos	Secretaria Distrital de Salud	2009	32
AIEPI	Secretaria Distrital de Salud	2008	45



# 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: 28-nov-2021

Fecha Validación: 07-dic-2021

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Detección temprana de cáncer cervicouterino	Secretaría Distrital de Salud	2008	10
Normas y diseño de proyectos de investigación en	Universidad Tecnológica del Chocó	2003	40

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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD integracion@sdis.gov.co	
TELÉFONOS 3279797	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="13"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO 4164/2021	DEPENDENCIA DIRECCIÓN POBLACIONAL		DIRECCIÓN CRA 7 # 32 - 12

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Integración Social	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD integracion@sdis.gov.co	
TELÉFONOS 3279797	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO 13035/2020	DEPENDENCIA Dirección poblacional		DIRECCIÓN cra 7 # 32 -12



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

**sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 28-nov-2021

Fecha Validación 07-dic-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 3279797	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 2 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 10 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO contrato 83/2020	DEPENDENCIA Dirección poblacional	DIRECCIÓN carrera 7 # 32 - 12	

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 3279797	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 3 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO contrato 3905/2019	DEPENDENCIA Dirección poblacional	DIRECCIÓN carrera 7 # 32 -12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Visión País	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD visionpaisfundacion@yahoo.com	
TELÉFONOS 3124475741	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 7 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN carrera 18 N° 140-53	



# 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: 28-nov-2021

Fecha Validación: 07-dic-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 Coop Intrasalud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D C	MUNICIPIO Bogotá D C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coopintrasalud@elb.net.co	
TELÉFONOS 6148311	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 2 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 9 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO Jefe de enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN c/le 141 N° 45-51	

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	6
Pública	3	2
Total	3	9

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI  NO  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. - 28-nov-2021  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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**<sup>230</sup>

Última Actualización: 28-nov-2021

Fecha Validación: 07-dic-2021

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