FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-oct-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ALAYÓN	CALDERÓN	IVONNIE ADRIANA ASTRID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52182408	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES SEP AÑO 1974

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 36 Sur N° 72 Q 78 Interior 9 Apto 612

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3519073

EMAIL epialayon@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 Academico				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11° (X)	MES	DICIEMBRE	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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	7	2009	
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN	4	2008	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	12	2003	10803

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-oct-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

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*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés		X			X			X	

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*
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649090	DIA 28 MES 12 AÑO 2020	DIA 11 MES 5 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional especializado CPS	Salud publica	Carrera 32 N.° 12 - 81

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Organización Panamericana de la Salud OPS	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	https://www.paho.org/es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3144141	DIA 11 MES 11 AÑO 2020	DIA 31 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional especializado CPS CON20-	Salud publica	Calle 66 N.°11-50 Piso 6

2010

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-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: Secretaría Distrital De Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 3649090	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2020	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 10 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: Profesional especializado CPS 0947/2019	*DEPENDENCIA*: Subdirección de Vigilancia en Salud Publica	*DIRECCIÓN*: Carrera 32 Nº 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Secretaria de salud de Cundinamarca	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@cundinamarca.gov.co	
TELÉFONOS: 7491692	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 2 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: profesional especializado CPS 147/2019	*DEPENDENCIA*: Salud publica	*DIRECCIÓN*: Calle 26 Nº 53 - 51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Secretaria de salud de Cundinamarca	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@cundinamarca.gov.co	
TELÉFONOS: 7490000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 10 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: profesional especializado CPS 485/2018	*DEPENDENCIA*: Salud Publica	*DIRECCIÓN*: Calle 26 No 51-53 Bogotá - Colombia	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 7 MES 2 AÑO 2018	DIA 25 MES 5 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional especializado CPS 1287/2017	Salud publica	Cra. 32 #12 - 81, Bogotá, Cundinamarca

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Nacional de Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@ins.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2207700	DIA 2 MES 11 AÑO 2017	DIA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado CPS 324/2017	Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en	Av Calle 26 N° 51 - 20

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Instituto Nacional de Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@ins.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2207700	DIA 22 MES 12 AÑO 2015	DIA 30 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional Especializado CPS 513/2015	Dirección Vigilancia Análisis del Riesgo en	Av Calle 26 N° 51 - 20

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-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: Instituto Nacional de Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@ins.gov.co
TELÉFONOS: 2207700	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 3 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO*: DIA 5 MES 10 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO: Profesional Especializado CPS 164/2015	*DEPENDENCIA*: Dirección Vigilancia y Análisis en Riesgo en		*DIRECCIÓN*: Av Calle 26 N° 51 - 20

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Instituto Nacional de Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@ins.gov.co
TELÉFONOS: 2207700	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 1 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO*: DIA 22 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: Profesional Especializado CPS 075/2014	*DEPENDENCIA*: Dirección Vigilancia y Análisis en Salud		*DIRECCIÓN*: Av Calle 26 N° 510- 20

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Instituto Nacional de Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@ins.gov.co
TELÉFONOS: 2207700	*FECHA DE INGRESO*: DIA 29 MES 10 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO: Profesional Especializado CPS 708/2013	*DEPENDENCIA*: Dirección Vigilancia y Análisis del Riesgo en		*DIRECCIÓN*: Av Calle 26 N° 51 - 20

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-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: Secretaria de Salud de Cundinamarca	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@cundinamarca.gov.co	
TELÉFONOS: 7491710	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 8 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 5 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Prestacion Servicios Profesionales CPS	*DEPENDENCIA*: Vigilancia en Salud Pública	*DIRECCIÓN*: Av Calle 26 N° 51 - 53	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: RGC Asesores y Consultores de Salud S.A.	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: rgc@rgc.com.co	
TELÉFONOS: 2561961	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 6 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 22 MES 7 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales	*DEPENDENCIA*: Auditoria	*DIRECCIÓN*: Calle 100 N° 51 - 85	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Universidad de Antioquia	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: archivolab@arhuaco.udea.edu.co	
TELÉFONOS: 0542195286	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 5 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: profesional especializado CPS 1244/2011	*DEPENDENCIA*: Salud Pública	*DIRECCIÓN*: Calle 67 N° 53 - 108	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-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: Universidad de Antioquia cto 309/2012	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: archivolab@arhuaco.udea.edu.co	
TELÉFONOS: (04)2195286	FECHA DE INGRESO: DIA 21 MES 11 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: Profesional Especializado	DEPENDENCIA: Salud Pública	DIRECCIÓN: Calle 67 N° 53 - 108	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE Hospital Rafael Uribe Uribe	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 5966600	FECHA DE INGRESO: DIA 21 MES 3 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 10 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: Profesional especializado	DEPENDENCIA: Vigilancia en salud Pública	DIRECCIÓN: Carrera 12 D Sur N° 26 - 62	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Ecoopsos EPS S	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: ecoopsos@ecoopsos.com.co	
TELÉFONOS: 5190088	FECHA DE INGRESO: DIA 3 MES 10 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO: DIA 16 MES 3 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: Profesional Especializado	DEPENDENCIA: Salud Pública	DIRECCIÓN: Carrera 71 D N° 50 - 35	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-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: Salud Vida EPS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3274141	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 9 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 8 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: Profesional de Promoción y Prevención	*DEPENDENCIA*: Auditoria Medica	*DIRECCIÓN*: Carrera 13 N° 40 B 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Redsalud IPS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.redsalud.com	
TELÉFONOS: 6510570	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 9 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 1 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO: Enfermera profesional	*DEPENDENCIA*: Promoción y Prevencón	*DIRECCIÓN*: Calle 100 N° 41 - 80	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE Solución salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Meta	*MUNICIPIO*: Uribe	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: salud@meta.gov.co	
TELÉFONOS: 6621224	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 5 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 8 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO: Enfermera profesional	*DEPENDENCIA*: Asistencial, Consulta externa y Programas	*DIRECCIÓN*: Calle 37 N° 410 - 80	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0
Última Actualización: 31-ago-2021
Fecha Validación:27-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: ESE Solución Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Meta	*MUNICIPIO*: Uribe	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: (08) 6621224	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 5 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO: Enfermera Servicio Social Obligatorio	*DEPENDENCIA*: Asistencia, Consulta externa y programas de	*DIRECCIÓN*: Calle 37 N° 41 - 80	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE Solución Salud	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Meta	*MUNICIPIO*: Uribe	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: (08) 6621224	*FECHA DE INGRESO*: DIA 26 MES 10 AÑO 2004	*FECHA DE RETIRO*: DIA 25 MES 1 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO: Enfermera Servicio Social Obligatorio	*DEPENDENCIA*: Asistencia, Consulta externa y Programas de	*DIRECCIÓN*: Calle 37 N° 41 - 80	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Fundación Real de Colombia	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6095265	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 2 AÑO 2004	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 7 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: Docente	*DEPENDENCIA*: Faculta Técnico Profesional en Enfermería	*DIRECCIÓN*: Calle 48 N° 13 - 86	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 31-ago-2021

Fecha Validación:27-oct-2021

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	4
Pública	7	5
Total	12	9

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 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. - 31-ago-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Se certifica que los documentos soportes y la hoja de vida cumplen con el perfil solicitado en la idoneidad y en los estudios previos. Julian Mier Cama

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

Bogotá D.C. 07/12/2021
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Andres Bustos