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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-dic-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MARTINEZ	YATE	DIANA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016009155

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES MAY AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 83 No 145-77 t4 ap 303

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3148239034

EMAIL dianayate@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 2003

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 EPIDEMIOLOGIA	9	2013	
Universitaria	10	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	6	2009	1016009155

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en Investigación Clínica y Desarrollo de	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	2018	140
BASES ADMINISTRATIVAS PARA LA GESTIÓN	USAID	2008	24
SALUD OCUPACIONAL	SENA	2008	60

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
CONTROL DE LA INFECCION EN EL MEDIO	SENA	2008	40
CURSO DE RESCATE EN ESTRUCTURAS	USAID	2008	24
GESTION Y ADMINISTRACION PARA CUERPOS	Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Bogotá	2005	24

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: Fundacion Universitaria Juan N Corpas		*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS: 6622222	*FECHA DE INGRESO*: DIA 29 MES 6 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO*: DIA 3 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO: Docente Investigador	*DEPENDENCIA*: Decanatura Medicina		*DIRECCIÓN*: Km 3 vía suba cota	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: Fundación Universitaria Juan N Corpas		*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS: 6622222	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 1 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO*: DIA 4 MES 6 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO: Docente investigador	*DEPENDENCIA*: Decanatura de medicina		*DIRECCIÓN*: Km 3 Suba Cota	

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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS: 3753569	*FECHA DE INGRESO*: DIA 19 MES 11 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*: PIC		*DIRECCIÓN*: Calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS: 3753569	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 7 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*: VIGILANCIA EN SALUD ,PUBLICA		*DIRECCIÓN*: Calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Fundación Universitaria Juan N Corpas	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: martha.munoz@juanncorpas.edu.co
TELÉFONOS: 6622222	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO: Docente investigador	*DEPENDENCIA*: Decanatura de medicina		*DIRECCIÓN*: Km 3 Suba Cota

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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria Juan N Corpas			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6622222	DIA 13 MES 1 AÑO 2020		DIA 19 MES 6 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Docente Investigador	Decanatura de Medicina		Km 3 Suba Csota	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria Juan N Corpas			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6622222	DIA 5 MES 8 AÑO 2019		DIA 20 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Docente Investigador	Decanatura de medicina		Km 3 Suba Cota	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria Juan N Corpas			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6622222	DIA 15 MES 1 AÑO 2018		DIA 4 MES 8 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Docente Investigador	Decanatura de medicina		Km 3 Suba Cota	

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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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: Fundación Universitaria Juan N Corpas	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS: 6622222	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 8 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Docente Investigador	DEPENDENCIA: Decanatura de medicina	DIRECCIÓN: Km 3 Suba Cota	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Fundación Universitaria Juan N Corpas	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: martha.munoz@juanncorpas.edu.co	
TELÉFONOS: 6622222	FECHA DE INGRESO: DIA 22 MES 3 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 15 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Docente Investigador	DEPENDENCIA: Decanatura de medicina	DIRECCIÓN: Km 3 Suba Cota	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 2 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: HOSPITAL DEL SUR ESE	DIRECCIÓN: Calle 9 N° 39-46	

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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 1 AÑO 2016			DIA 31 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE			Calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 3 MES 11 AÑO 2015			DIA 31 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE			Calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 9 AÑO 2015			DIA 31 MES 10 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE			Calle 9 N° 39-46

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: 29-dic-2021

Fécha Validación:29-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: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 4 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 8 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: HOSPITAL DEL SUR ESE	DIRECCIÓN: Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 3 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: HOSPITAL DEL SUR ESE	DIRECCIÓN: Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 1 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: HOSPITAL DEL SUR ESE	DIRECCIÓN: Calle 9 N° 39-46	

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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
3753569	DIA 1 MES 10 AÑO 2014		DIA 31 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE		Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
3753569	DIA 1 MES 7 AÑO 2014		DIA 30 MES 9 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE		Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
3753569	DIA 2 MES 5 AÑO 2014		DIA 30 MES 6 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE		Calle 9 N° 39-46	

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

Ultima Actualización: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3753569	DIA 1 MES 3 AÑO 2014	DIA 30 MES 4 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE	Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3756579	DIA 2 MES 1 AÑO 2014	DIA 28 MES 2 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE	Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3753569	DIA 1 MES 11 AÑO 2013	DIA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE	Calle 9 N° 39-46	

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: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-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		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			No especifica
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
3753569	DIA 3 MES 10 AÑO 2013		DIA 31 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
CONTRATISTA	HOSPITAL DEL SUR ESE		KR 78 NO. 35 71 SUR	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ELDM INGENIERIA			X	Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			ELDMINGENIERIA@GMAIL.COM
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
3126719427	DIA 20 MES 6 AÑO 2012		DIA 30 MES 9 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
GERENCIA ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA		DG 2 SUR 75 A 27	

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	6
Pública	3	1
Total	8	2

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 Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-dic-2021

Fecha Validación:29-dic-2021

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. - 29-dic-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 soportes e información de la hoja de vida cumplen con el perfil solicitado en los Estudios Previos e idoneidad

Ing Milena Vera

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

Bogota 29/12/2021

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Por Andrés Bustos