CERTIFICADO DE INCLUSIÓN DE OBJETO EN EL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

LA SUBDIRECTORA (E) DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES DEL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – REGIONAL SANTANDER

CERTIFICA

Que una vez revisado el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2022, entregado a la Dirección de Formación Profesional, se verificó que la contratación para los Servicios Personales se encuentra incluido en éste, en la fila 48121 PAA Secop II versión 4.

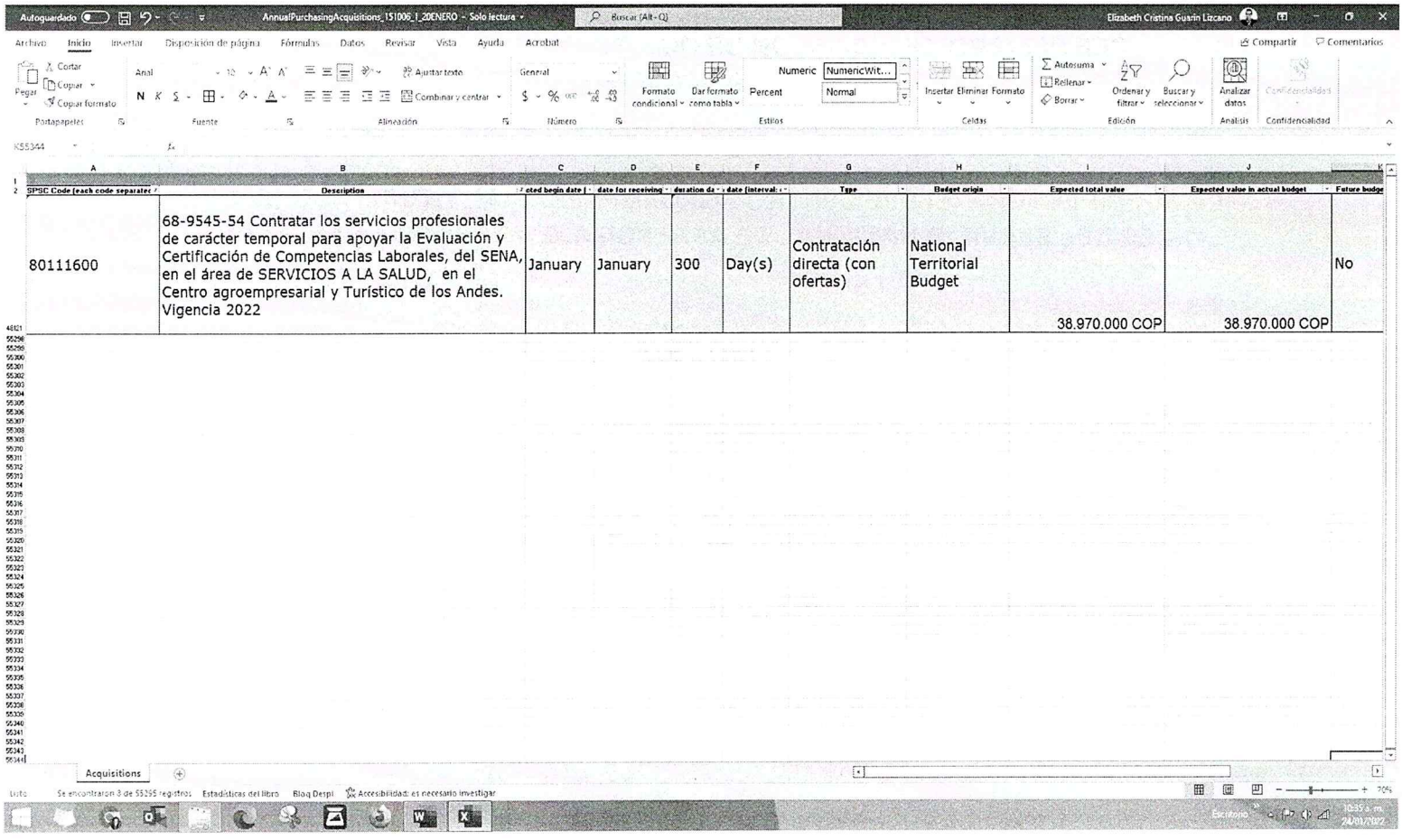
Para mayor constancia se firma en Málaga, a los veinticuatro (24) días del mes de enero de 2022.

ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA
Subdirectora (e) de Centro

Proyectó: Leidy Yamile Baez Garcia – Técnico grado 02

Revisó: Alix Antonia Macias Bermudes – Profesional Dinamizadora ECCL

PEGAR PANTALLAZO DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES



GPSC Code (each code separated	Description	...cted begin date	date for receiving	duration da...	...date (interval:	Type	Budget origin	Expected total value	Expected value in actual budget	Future budge
80111600	68-9545-54 Contratar los servicios profesionales de carácter temporal para apoyar la Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, del SENA, en el área de SERVICIOS A LA SALUD, en el Centro agroempresarial y Turístico de los Andes. Vigencia 2022	January	January	300	Day(s)	Contratación directa (con ofertas)	National Territorial Budget	38.970.000 COP	38.970.000 COP	No

CERTIFICADO DE CAPACIDAD E IDONEIDAD

La subdirectora (e) del Centro Agroempresarial y Turístico de los Andes, SENA Regional Santander, certifica que de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9. del Decreto 1082 del 2015, dando alcance al subnumeral 14.1 del estudio previo y con base a los soportes de la hoja de vida verificados en SIGEP II, se suscribe contrato de prestación de servicios con **LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ** identificado(a) con cedula **63552918** de **Bucaramanga**, quien se encuentra en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y reúne los requisitos de idoneidad y experiencia directamente relacionada con el objeto a contratar:

IDONEIDAD				
	FORMACIÓN ACADEMICA		EXPERIENCIA	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
"Contratar los servicios profesionales de carácter temporal para apoyar la Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, del SENA, en el área de SERVICIOS A LA SALUD, en el Centro agroempresarial y Turístico de los Andes. Vigencia 2022"	X		X	

Se anexa con la presente hoja de vida del titular, validada y generada en SIGEP II.

La presente se expide en Málaga, a los 24 días de enero de 2022.

ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA

Proyectó: Leidy Yamile Baez Garcia – Técnico Gr 02

Aprobó: Alix Antonia Macias Bermudes – Profesional Grado 02 - Dinamizadora ECCL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Duran	Ruiz	Leslie Alexandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 63552918	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 08 AÑO 1984	CALLE 19 10 10 CASA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	MALAGA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA	TELÉFONO	3144773507	EMAIL	leslieduran7@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2001
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD	07	2021	ACTA 28488
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO PEDIATRICO	09	2012	ACTA 1526
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	09	2007	ACTA 39238

ESPECÍFIQUE 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	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MALAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COMPETENCIAS LABORALES					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 - 13 13						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 45 N 11 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MALAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6607592	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COMPETENCIAS LABORALES					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 - 13 13						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MALAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6607425	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	09	*Mes*	05	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 N ° 13 ? 13						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INTEGRASALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MALAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212087668	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 36 31 39 LOCAL 305						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INTEGRASALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212087668	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 36 31 39 LOCAL 305						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6959990	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 62 17 A 76,						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DARSALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6959990	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 62 17 A 76,						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOINFANTIL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6672727	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	08	*Año* 2009	*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* UCI CARDIOVASCULAR PEDIATRICA					*DIRECCIÓN* CALLE 163ª #13 B - 60						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOINFANTIL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6672727	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	08	*Año* 2009	*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* UCI CARDIOVASCULAR PEDIATRICA					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COTRASALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MALAGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6701414	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2006	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Malaga 24 Enero 2022

Leslie A Durán R

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

Málaga, enero 24/22

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS