IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GRUPO DE GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	**CÓDIGO:** IDCBIS-GGCC-FT-005	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	HOJA DE VIDA CONTRATISTAS	**Versión**: 02	

I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: ALVARADO	SEGUNDO APELLIDO: PONTON	NOMBRES: MARIA PAULA

SEXO	NACIONALIDAD	PAIS EXTRANJERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA NACIONALES
F X M	COL X DOBLE NAL EXTRANJERO		C.C. X NIT OTRO NUMERO: 1019028534

LIBRETA MILITAR	NUMERO	D.M.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EXTRANJEROS
CLASE 1ª 2ª			C.E. NIT NUMERO PASAPORTE NUMERO

LUGAR DE NACIMIENTO – MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO	PAÍS	FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	12 DIA / 11 MES / 1988 AÑO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	PAÍS	TELÉFONOS DE CONTACTO
CRA 128 # 145 - 20 TORRE 7 APTO 326	BOGOTA D.C.	Mariapaula1304@hotmail.com	COLOMBIA	3172550302 - 3138802043

II. FORMACION ACADEMICA

1. EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO. (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS DE 6° A 11° DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA									MEDIA		TITULO OBTENIDO:									
PRIMARIA					SECUNDARIA						ESTABLECIMIENTO DONDE CURSO EL ULTIMO AÑO	MUNICIPIO	FECHA DE TERMINACIÓN							
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° X	LICEO ECOLOGICO DEL NORTE	BOGOTA D.C	MES	1	2	AÑO	2	0	0	6

2. EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: "TC" (TÉCNICA), "TL" (TECNOLÓGICA), "TE" (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" ESPECIALIZACIÓN, "MG" (MAESTRÍA O MAGÍSTER), "DC" (DOCTORADO O PHD). RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (*SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALID ACADEM.	SEMEST APROBAD	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERA	FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	04	2021	1019028534

* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS, CONVIÉRTALOS EN SEMESTRES

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SENA, DIPLOMADOS, CURSOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)	IDEAS MEDICAS AVANZADAS SAS	45	2021
SOPORTE CARDIOVASCULAR AVNZADO (ACLS)	IDEAS MEDICAS AVANZADAS SAS	70	2021
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL	IDEAS MEDICAS AVANZADAS SAS	45	2021

III. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
INGLES	X			X			X			

IV. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ULTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO.
B) PARA DEDICACIÓN: TC= TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACIÓN (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)
C) PARA C.R.(CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

01	TERMINACIÓN DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERIODO	05	CESE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MAS DE 120 DÍAS	09	REVOCATORIA O NULIDAD DE NOMBRAMIENTO
02	JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA	06	ABANDONO DEL CARGO	10	JUBILACIÓN O PENSIÓN DE INVALIDEZ
03	JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE	07	DECISIÓN UNILATERAL O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA	11	RENUNCIA VOLUNTARIA
04	CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESIÓN DEL CARGO	08	SENTENCIA EJECUTORIA	12	POR MUTUO ACUERDO

V. EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			DIRECCIÓN		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DIA / MES / AÑO		FECHA TERMINACIÓN AÑOS / MESES / DÍAS		DEDICACIÓN TC ☐ MT ☐ TP ☐ OD ☐	ESPECIFIQUE "OD"
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				

VI. EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
CUNDINAMARCA	BOGOTA DC	CL 9 # 39 - 46

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS		
4399090	15	06	2021	31	07	2021		01	15	TC [X] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R
PROFESIONAL EN ENFERMERIA	GESTION DEL RIESGO	01.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS		
										TC [ ] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS		
										TC [1] MT [2] TP [3] OD [4]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS		
										TC [1] MT [2] TP [3] OD [4]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS		
										TC [1] MT [2] TP [3] OD [4]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DIAS		
										TC [1] MT [2] TP [3] OD [4]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

VII. EXPERIENCIA RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES A REALIZAR

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL CON RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL IDCBIS; EN NÚMEROS DE AÑOS, MESES Y DÍAS, QUE RESULTA DE SUMAR LAS VINCULACIONES LABORALES EN EL SECTOR PUBLICO, PRIVADO O COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, Y/O POR LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS			VINCULADO	
	AÑOS	MESES	DIAS	SI	NO
FUNCIONARIO PUBLICO		1	15		X
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO					
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA					
CONTRATISTA OPS					
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		1	15		

VIII. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI _____ NO __X____ ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL.

OBSERVACIONES _____

IX. FIRMA DEL CONTRATISTA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES

FIRMA

NOTA: FORMATO REFERENCIADO DE LA FUNCIÓN PUBLICA Y MODIFICADO SEGÚN NECESIDADES DEL IDCBIS