23/1

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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SERRATO	RODRIGUEZ	EMILSE LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 35535162

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES MAY AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

CIUDAD: Facatativá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3 SUR 91A 69 TORRE 2 APTO 211

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 6610402

EMAIL: liliana.serrato20@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°.	MES: DICIEMBRE AÑO: 1994
										X	

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	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	12	2014	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	6	2005	12092

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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

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 Norte E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* entornocomunitariosubrednorte@gmail.com
TELÉFONOS 4431790	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 7 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DIA 20 MES 6 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Contratista - N° de contrato 8311, Referente	*DEPENDENCIA* Salud Publica		*DIRECCIÓN* cl 66 15 41

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* entornocomunitariosubrednorte@gmail.com
TELÉFONOS 4431790	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 3 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DIA 20 MES 6 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Contratista, N° contrato 6193, referente de	*DEPENDENCIA* Salud Publica		*DIRECCIÓN* Calle 55 #15 41

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* entornocomunitariosubrednorte@gmail.com
TELÉFONOS 4431790	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 10 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 1 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista, N° contrato 6461, Referente de	*DEPENDENCIA* Salud publica		*DIRECCIÓN* calle 66 # 15 41

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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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* subredsuroccidentepic@gmail.com
TELÉFONOS 7560505	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 8 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Contratista- N° de contrato 558-2020,	*DEPENDENCIA* Subred-PIC		*DIRECCIÓN* Calle 9 # 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* subredsuroccidentepic@gmail.com
TELÉFONOS 7560505	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA 28 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Contratista- N° de contrato 132-2019,	*DEPENDENCIA* Subred		*DIRECCIÓN* Calle 9 # 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* subredsuroccidentepic@gmail.com
TELÉFONOS 7560505	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA 28 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Contratista- N° de contrato 4587-2019,	*DEPENDENCIA* Subred - PIC		*DIRECCIÓN* Calle 9 # 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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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.	hospitalpablovi@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 2 MES 1 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista- N° de contrato 545, Profesional	subred	Calle 9 # 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.	EPUBLICOSUROCCIDENTE@GMIAL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 1 MES 8 AÑO 2017	DIA 31 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista, N° de contrato SO-0112,	SALUD PUBLICA	CALLE 9 # 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.	hospitalpablovi@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 1 MES 7 AÑO 2017	DIA 31 MES 7 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista- N° de contrato SO-0112,	Pablo VI	Calle 9 # 39 46

25/1r

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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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: hospitalpablovi@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 17 MES 4 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Contratista- N° de contrato 3-4020,	DEPENDENCIA: Pablo VI	DIRECCIÓN: Calle 9 # 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: hospitalpablovi@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 24 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Contratista- N° de contrato 2-0087,	DEPENDENCIA: Pablo VI	DIRECCIÓN: Calle 9 # 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: hospitalpablovi@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Contratista- N° de contrato 254, Profesional	DEPENDENCIA: Pablo VI	DIRECCIÓN: Calle 9 # 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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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.	hospitalpablovi@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 2 MES 1 AÑO 2015	DIA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista- N° de contrato 713, Profesional	Pablo VI	Calle 9 # 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.	hospitalpablovi@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 5 MES 9 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista- N° de contrato 2326, Profesional	Pablo VI	Calle 9 # 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.	hospitalpablovi@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 14 MES 4 AÑO 2014	DIA 31 MES 8 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista- N° de contrato 1897, Profesional	Pablo VI	Calle 9 # 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: 17-jul-2022
Fecha Validación:02-ago-2022

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: hospitalpablovi@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 1 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 4 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: Contratista- N° de contrato 278, Profesional	DEPENDENCIA: Pablo VI	DIRECCIÓN: Calle 9 # 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: hospitalpablovi@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 1 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Contratista- N° de contrato 250 Profesional	DEPENDENCIA: Pablo VI	DIRECCIÓN: Calle 9 # 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: hospitalpablovi@gmail.com	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 21 MES 9 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: Contratista- N° de contrato 1620, Profesional	DEPENDENCIA: USS Occidente Kennedy	DIRECCIÓN: Calle 9 # 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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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 E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: HEMOCENTRODISTRITAL@HOTMAIL.COM
TELÉFONOS: 3649612	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 1 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO*: DIA 14 MES 9 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO: Contratista, convenio con Hemocentro	*DEPENDENCIA*: HEMOCENTRO DISTRITAL		*DIRECCIÓN*: CARERA 32 # 12 - 81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL INFANTIL SAN JOSE	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: HOSPITALINFANTILSANJOSE@GMAIL.COM
TELÉFONOS: 7425776	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 5 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 8 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: BANCO DE SANGRE		*DIRECCIÓN*: CARRERA 67 # 46-78

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE MEISSEN	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: HEMOCENTRODISTRITAL@GMAIL.COM
TELÉFONOS: 3649612	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: HEMOCENTRO DISTRITAL		*DIRECCIÓN*: CARRERA 32 # 12 81

27 fls

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: 17-jul-2022

Fecha Validación:02-ago-2022

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	1	3
Pública	12	8
Total	14	0

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. - 17-jul-2022
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.

Angela Diaz

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

Bogotá D.C, Septiembre 6/2022
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Emilse Liliana Serrato Rodriguez.