25/V

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MATEUS	YEPES	MICHELLE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1144055244	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES SEP AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 46 13 06

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3017053530

EMAIL michelle.mateus.y@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 Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES JUNIO AÑO 2009

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
Universitaria	10	X		PSICOLOGIA	12	2015	159843
Universitaria	10	X		ANTROPOLOGIA	10	2015	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso online Justicia Juvenil Restaurativa	Ministerio de Justicia y el Derecho	2021	50
Curso online Justicia Juvenil Restaurativa	Ministerio de Justicia y el Derecho	2021	50
Mindfulness and Compassion-based Interventions	Universidad de Amsterdam	2020	72

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Competencia en actualización de herramientas de	Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali el	2019	16
PROFESIONAL CON PONENCIA en XVII	Universidad Icesi	2019	0
Diplomado de Política de Drogas, Salud y Derechos	Centro de Investigación y Docencia Económicas-	2019	0
Diplomado de Salud Mental Comunitaria	Secretaría Salud Pública Municipal y Universidad	2018	100
Taller Abordaje Psicosocial en TB dirigido a	Pontificia Universidad Javeriana de Cali y Secretaria	2017	40
Actividades colaborativas TB/VIH con énfasis en la	Liga Antituberculosa Colombiana	2017	12
Taller Primeros auxilios psicológicos e intervención	Colegio Colombiano de Psicólogos -COLPSIC	2017	10
Taller De víctima a sobreviviente	Sociedad Australiana de Psicólogos, Pontificia	2017	8
Seminario Taller Internacional "La reducción de	Ministerio de Justicia y Corporación Acción Técnica	2016	16

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 Ó DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud - IDIPRON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalciudadano@idipron.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3779997	DIA 3 MES 2 AÑO 2022	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
1310 DE 2022	Área Salud	Cl. 15 #13-86

26/4

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-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
Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud - IDIPRON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalciudadano@idipron.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6013779997	DIA 27 MES 10 AÑO 2021	DIA 6 MES 1 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
1878 DE 2021	Salud	Cll 15 No. 13-86

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Salud Pública	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	Cali	contactenos@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6028879020	DIA 29 MES 9 AÑO 2021	DIA 31 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
4145.010.26.1.1861 - 2021	Salud Pública-Subsecretaría de Promoción,	Cl. 4b ##36-0

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Salud Pública	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	Cali	contactenos@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6028879020	DIA 15 MES 7 AÑO 2021	DIA 31 MES 8 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
4145.010.26.1.1542 - 2021	Salud Pública-Subsecretaría de Promoción,	Cl. 4b ##36-0

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-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 Secretaria Salud Pública	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	*MUNICIPIO* Cali		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@cali.gov.co
TELÉFONOS 6028879020	*FECHA DE INGRESO* DIA 12 MES 2 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 6 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO 4145.010.26.1.0417 - 2021	*DEPENDENCIA* Salud Pública-Subsecretaría de Promoción,		*DIRECCIÓN* Cl. 4b ##36-0

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaria Salud Pública	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	*MUNICIPIO* Cali		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@cali.gov.co
TELÉFONOS 6028879020	*FECHA DE INGRESO* DIA 23 MES 7 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO 4145.010.26.1.1923 - 2020	*DEPENDENCIA* Salud Pública-Subsecretaría de Promoción,		*DIRECCIÓN* Cl. 4b ##36-0

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Pilsen Wellness Center Colombia	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	*MUNICIPIO* Cali		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* info@pilsencolombia.org
TELÉFONOS 3735660	*FECHA DE INGRESO* DIA 10 MES 8 AÑO 2018		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Psicóloga Programa de Reducción de	*DEPENDENCIA* NA		*DIRECCIÓN* Calle 8F#50A60

27/N

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-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: AGESOC-Programa de Reducción del Riesgo y el Daño	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Valle del Cauca	MUNICIPIO: Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: agesochojadevida@gmail.com	
TELÉFONOS: 6594000	FECHA DE INGRESO: DIA 15 MES 2 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA	DEPENDENCIA: NA	DIRECCIÓN: Calle 39 Norte# 4 N 151	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Corporación Acción Técnica Social-ATS	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Valle del Cauca	MUNICIPIO: Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: info@corporacion-ats.com	
TELÉFONOS: 3133192527	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 8 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Psicóloga Programa CAMBIE	DEPENDENCIA: Reducción Riesgos y Daños	DIRECCIÓN: Calle 15 # 17-61	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Fundación Educativa Claretiana	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Valle del Cauca	MUNICIPIO: Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: fec@claret.edu.co	
TELÉFONOS: 3128715238	FECHA DE INGRESO: DIA 28 MES 3 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 5 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Psicóloga para entrevistas de admisión	DEPENDENCIA: NA	DIRECCIÓN: Cra. 122 ##15-21	

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-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*
Fundación Carvajal		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Valle del Cauca	Cali	mvelasco@icesi.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5552334	DIA 1 MES 2 AÑO 2015	DIA 1 MES 2 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Practicante de psicología- Área de Desarrollo	Área de Desarrollo Social	Calle 48 # 41C – 49

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Universidad Icesi		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Valle del Cauca	Cali	oabravo@icesi.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3186164467	DIA 28 MES 2 AÑO 2012	DIA 1 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Monitora de investigación	Facultad del Derecho y Ciencias Sociales	Cl. 18 #122-135

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	3	10
Pública	3	3
Total	7	2

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: 27-sep-2022

Fecha Validación:27-sep-2022

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. - 27-sep-2022
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Michelle Mateus Y.

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.

Lupita Oly G

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

Bogotá Dc, Octubre 14/2022
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS