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 24-oct-2022

Fecha Validación 28-oct-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
FRANCO	PULIDO	DIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52814848	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES FEB AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 537267

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6591486

EMAIL nanita.8326@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2001
										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
Maestría	5		X	MAESTRIA EN ESTUDIOS DE POBLACION	12	2019	
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACIÓN EN METODOS DE ANÁLISIS DEMOGRÁFICO	5	2017	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	7	2013	36480

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: 24-oct-2022

Fecha Validación: 28-oct-2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

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
inglés			X			X			X

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*
Secretaría Distrital De Salud			X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			dc2franco@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3649090	DIA 20	MES 5	AÑO 2021	DIA 4	MES 10 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
CONTRATISTA 2457566 AÑO 2021	Vigilancia en Salud Publica			Cr 32 12 81	

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital De Salud			X		Colombia
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			dc2franco@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3649090	DIA 27	MES 10	AÑO 2020	DIA 11	MES 3 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
CONTRATISTA 1903707 AÑO 2020	VSP - SSR			Cra. 32 # 12 - 81	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 3.0

Ultima Actualización: 24-oct-2022

Fecha Validación 28-oct-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: saludmaternoinfantil@gmail.com	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 17 MES 6 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 11 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 5240 AÑO 2020	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	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: saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO: DIA 3 MES 6 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 306 AÑO 2020	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	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: saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 3753569	FECHA DE INGRESO: DIA 5 MES 6 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO: DIA 4 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 6001 AÑO 2019	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: Calle 9 N° 39-46	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaria Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-oct-2022

Fecha Validación: 28-oct-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.	saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 5 MES 3 AÑO 2019	DIA 4 MES 6 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA 4488 AÑO 2019	VIGILANCIA SALUD PUBLICA	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.	saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 28 MES 2 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA 397 AÑO 2019	VIGILANCIA SALUD PUBLICA	3753569

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.	saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 2 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA 522 AÑO 2018	VIGILANCIA SALUD PUBLICA	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 24-oct-2022

Fecha Validación 28-oct-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: saludsexualreproductiva@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3164975276	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 7 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 1 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA - SO-0661	DEPENDENCIA: VSP	DIRECCIÓN: Salud Pública	

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: saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 7798090	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 2-0309 / 3-4309 /SO - 664	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	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: saludmaternoinfantil@capitalsalud.gov.co	
TELÉFONOS: 3756579	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 309 AÑO 2016	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: CLL 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: 24-oct-2022

Fecha Validación: 28-oct-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: saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 4852540	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 4 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA- 2009 AÑO 2015	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: Tv. 44 51B 16 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL TUNJUELITO ESE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: nanita.8326@hotmail.com	
TELÉFONOS: 4853551	FECHA DE INGRESO: DIA 17 MES 3 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 4 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 2232-2341-2690-3056-3701-	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PÚBLICA	DIRECCIÓN: TV 44 51B 16 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE FONTIBÓN E.S.E	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: salumaternoinfantil@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 3754019	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO: DIA 28 MES 2 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA 1268-2014	DEPENDENCIA: VIGILANCIA SALUD PÚBLICA	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 24-oct-2022

Fecha Validación 28-oct-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*
HOSPITAL FONTIBÓN ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	nanita.8326@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5432034	DIA 6 MES 12 AÑO 2013	DIA 31 MES 1 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA 2086-2013	VIGILANCIA SALUD PÚBLICA	KR 104 20C 21

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	0	0
Pública	7	9
Total	7	9

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: 24-oct-2022

Fecha Validación 28-oct-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. - 24-oct-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.

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

Bogota DC. 28/10/2022
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS