



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**Sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 21-abr-2022

Fecha Validación: 22-dic-2022

1

## DATOS PERSONALES

|  |  |  |
|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO<br>PEREZ   | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>SOLER                            | NOMBRES<br>MAYRA DAYANA  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1121838372 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |  |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 16 MES OCT AÑO 1987<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CRA 55 N152B-68<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7645083<br>EMAIL mayra_perez1016@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    BACHILLER TÉCNICO |           |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|------|-------|-----------------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     |      | MEDIA | FECHA DE GRADO              |           |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°.  | MES                         | DICIEMBRE | AÑO | 2003 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico, en Modalidad Academia Escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría o Magister). DC (Doctorado o PhD).

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

| MODALIDAD     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 12            | X        | MEDICINA               |  | 6           | 2010 | 95502/2011     |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN          | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|
| ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE | SUBRED SUR HOSPITAL TUNAL         | 2022            | 40    |
| SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS     | SABERSALUD CENTRO DE FORMACION EN | 2021            | 48    |
| SOPORTE VITAL BASICO BLS        | SABERSALUD CENTRO DE FORMACION EN | 2021            | 20    |
| ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE | SUBRED SUR ESE                    | 2020            | 40    |





# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**sideap**

Última Actualización: 21-abr-2022

Fecha Validación: 22-dic-2022

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO          | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN            | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|
| DIPLOMADO CUIDADO CRITICO | SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE / | 2020            | 48    |

## 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA  | PAÍS<br>Colombia               |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>www.subredsur.gov.co |                                |
| TELÉFONOS<br>3078181   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 11 MES 11 AÑO 2021 |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL                                     | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS ADULTOS           | DIRECCIÓN<br>CRA 20 N 47B-35 SUR                   |                                |

| EMPLEO O CONTRATO  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA  | PAÍS<br>Colombia               |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>atencionalusuariosimonbolivar.gov.co |                                |
| TELÉFONOS<br>4431790   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 8 AÑO 2020 |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO HOSPITALARIO                                  | DEPENDENCIA<br>UCI ADULTOS               | DIRECCIÓN<br>CLL 165 N 7-06  |                                |





# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 21-abr-2022

Fecha Validación: 22-dic-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 Centro Oriente E.S.E. | X                    |  | Colombia        |
| DEPARTAMENTO   | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD             |                 |
| Bogotá D.C.  | Bogotá D.C.          | urgenciashospitalsantaclara@gmail.com. |                 |
| TELÉFONOS  | FECHA DE INGRESO     |  | FECHA DE RETIRO |
| 3444484  | DÍA 1 MES 2 AÑO 2015 |  | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO   | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                              |                 |
| MEDICO   | URGENCIAS ADULTOS    | diagonal 34 n 5-43                     |                 |

| EMPLEO O CONTRATO                                |                      |                            |                 |
|--|----------------------|----------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                | PÚBLICA              | PRIVADA                    | PAÍS            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | X                    |                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                     | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| Bogotá D.C.                                      | Bogotá D.C.          | www.hospitaltunal.com-gov  |                 |
| TELÉFONOS  | FECHA DE INGRESO     |                            | FECHA DE RETIRO |
| 3282828  | DÍA 6 MES 9 AÑO 2011 |                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                 | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                  |                 |
| MEDICO   | URGENCIAS ADULTOS    | TNSV 22 N 47B-51           |                 |

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   | 11                    | 3     |
| Total     | 11                    | 3     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**Sideap**

Última Actualización: 21-abr-2022

Fecha Validación: 22-dic-2022

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ 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. - 21-abr-2022

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

## 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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS