

# 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: 24-feb-2023

Fecha Validación: 27-feb-2023

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>BERNAL                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MARTINEZ                         | NOMBRES<br>DIANA ALEXANDRA                                                                                                                               |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52494585 | 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 4 MES JÚN AÑO 1978<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Tolima<br>CIUDAD Armero                          |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 64A 73 BIS 65<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4340649<br>EMAIL kirusoon@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                        | NOVIEMBRE | AÑO | 1997 |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 10            | X        | PSICOLOGIA             |  | 7           | 2004 | 135580         |

### 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

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

**sideap**

Última Actualización: 24-feb-2023

Fecha Validación: 27-feb-2023

## 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

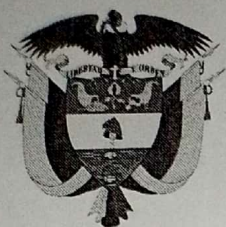
| EMPLEO O CONTRATO                 |                                          |                                                               |                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUBRED NORTE | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.       | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contratacionsubrednorte@govi.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3499080              | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 5 MES 4 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO                                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>psicologa     | DEPENDENCIA<br>SALUD PUBLICA             | DIRECCIÓN<br>CL 66 15 41                                      |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                      |                                           |                                                                |                  |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL ENGATIVA | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                        | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>juridica@hospitalengativa.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>2913300                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 14 MES 5 AÑO 2013 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 8 AÑO 2016                       |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>PSICOLOGA          | DEPENDENCIA<br>SALUD PUBLICA              | DIRECCIÓN<br>CALLE 75 N 69K 20                                 |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                                           |                                                    |                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                            | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                           | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>kirusoon@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3279191                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 31 MES 5 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2012          |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>PSICOLOGA                         | DEPENDENCIA<br>PROYECTO 7311              | DIRECCIÓN<br>KR 7 32 16                            |                  |



# 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: 24-feb-2023

Fecha Validación: 27-feb-2023

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   | 9                     | 7     |
| Total     | 9                     | 7     |

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. - 24-feb-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Diana Baral

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