FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-mar-2023

Fecha Validación:28-mar-2023

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| IDROBO | BOTELLO | MAYELVIS AYDEE |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52781205 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 2 MES OCT AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

CIUDAD Cali

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CL 126 20 10

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8127244

EMAIL maydea13@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 académico con énfasis en sistema |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES JULIO AÑO 1999 |
| | | | | | | | | | | X | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2023 | 80 |
| PRIMER RESPONDIENTE | SECRETARIA DE SALUD | 2022 | 24 |
| SOPORTE VITAL BASICO | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2022 | 40 |
| TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA | FUNDACIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS | 2020 | 1800 |
| DIPLOMADO EN TOMA DE MUESTRAS DE | FUNDACIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS | 2020 | 120 |
| DIPLOMADO EN SALUD MENTAL Y ATENCIÓN | FUNDACIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS | 2020 | 120 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-mar-2023

Fecha Validación:28-mar-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*: 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*: www.subredsuroccidente.gov.co | |
| *TELÉFONOS*: 7560505 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 9 AÑO 2020 | *FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*: auxiliar de enfermería | *DEPENDENCIA*: vigilancia en salud publica | *DIRECCIÓN*: calle 9 #39- 46 | |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: Ana Cecilia Gomez | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: ana_ceciliagomez@hotmail.com | |
| *TELÉFONOS*: 3156863057 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 10 AÑO 2019 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 8 AÑO 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO*: auxiliar de enfermería | *DEPENDENCIA*: domiciliaria | *DIRECCIÓN*: carrrera 19 a # 135 27 | |

## 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 | 9 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-mar-2023

Fecha Validación:28-mar-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* |
| Pública | 2 | 6 |
| Total | 3 | 4 |

## 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. - 28-mar-2023

*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*