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: 01-mar-2024

Fecha Validación:01-abr-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VÁSQUEZ	LADRÓN DE GUEVARA	ANA MERCEDES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51614136	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES SEP AÑO 1961

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 63 #37-65 Apartamento 102

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3112534493

EMAIL 1ladrondeguevara2309@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				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. (X)	MES	DICIEMBRE	AÑO	1978	

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	4	X		MAESTRA EN INFANCIA Y CULTURA	12	2017	
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN INFANCIA, CULTURA Y DESARROLLO	12	2009	
Universitaria	8	X		TERAPIA OCUPACIONAL	12	1985	51614136

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Abordaje Integral de Riesgos Psicosociales	Universidad de Los Andes	2014	96
Diplomado en Género, Derecho y Desarrollo	Asociación de Abogados Universidad Nacional de	2006	100
Curso en Manejo de Centros de Vida Sensorial	Universidad Nacional de Colombia	2003	160

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		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*	
Secretaría Distrital De Salud			X	Colombia	
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3649090	DIA 21	MES 3	AÑO 2023	DIA 20	MES 2 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
Referente Proyectos de Inversión Local en	Dirección de Participación Social, Gestión			Carrera 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.			contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*	
3649090	DIA 28	MES 6	AÑO 2021	DIA 15	MES 2 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*	
Contratista	Dirección de Participación Social, Gestión			Carrera 32 # 12 - 81	

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: Universidad Distrital "Francisco José de Caldas"	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jurídica@udistrital.edu.co	
TELÉFONOS: 3239300	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 1 AÑO 2019	*FECHA DE RETIRO*: DIA 22 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: Contratista	*DEPENDENCIA*: Facultad de Ciencias y Educación	*DIRECCIÓN*: Carrera 7 No. 40 B – 53 Piso 9°	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Universidad Distrital "Francisco José de Caldas"	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jurídica@udistrital.edu.co	
TELÉFONOS: 3239300	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 1 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 7 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: Contratista	*DEPENDENCIA*: Facultad de Ciencias y Educación	*DIRECCIÓN*: Carrera 7 No. 40 B – 53 Piso 9°	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Gimansio Especializado del Norte GEN	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gimnasioespecializadogen@gmail.com	
TELÉFONOS: 2532415	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: Contratista	*DEPENDENCIA*: Apoyo terapéutico	*DIRECCIÓN*: Calle 106 #56-26	

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: 01-mar-2024

Fecha Validación:01-abr-2024

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 Integración Social	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@dsis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 1 MES 7 AÑO 2015	DIA 2 MES 5 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	Proyecto 743	Carrera 7 #32-16

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Escuela Colombiana de Rehabilitación ECR		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ecr@ecr.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4321530	DIA 24 MES 9 AÑO 2014	DIA 6 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Docente de planta	Facultad de Terapia Ocupacional	Avenida carrera 15 #151-68

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
La Unión Temporal Alianza por la Calidad y Pertinencia		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	utcalidadpertinenciamen05@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3235549	DIA 11 MES 5 AÑO 2010	DIA 10 MES 9 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	Unión Temporal	Carrera 18 No. 33 A-05

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: 01-mar-2024

Fecha Validación:01-abr-2024

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 Renacer		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	renacerbgta@etb.net.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2486542	DIA 22 MES 3 AÑO 2010	DIA 30 MES 9 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Terapeuta ocupacional	No aplica	Calle 76 bis #20C-51

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Fundación Hogar Nueva Granada		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	info@hogarnuevagranada.org

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3460290	DIA 22 MES 1 AÑO 2007	DIA 13 MES 3 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Terapeuta ocupacional	Fundación Oportunidad	Avenida Circunvalar #67-50

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Centro de Rehabilitación y Educación Especial CIRE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	La Calera	cirecar@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8609871	DIA 15 MES 1 AÑO 1996	DIA 18 MES 12 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Terapeuta Ocupacional	No aplica	Kilometro 13 Vía a La Calera

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: 01-mar-2024

Fecha Validación:01-abr-2024

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

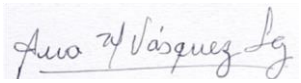
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	12	1
Pública	4	1
Total	16	2

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. - 01-mar-2024
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.



Bogota D.C. abril 5 de 2024
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

samuel leonardo corredor salazar