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: 07-jul-2024

Fecha Validación:06-ago-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
OLAYA	PEREZ	DANIEL ORLANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030598690

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1030598690 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES AGO AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 95b # 58 57 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3143985760

EMAIL danielolaya83@yahoo.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
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2010
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2023	40
HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2023	40
MANEJO DE AMBULANCIA Y VEHICULOS DE	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2023	80
INYECTOLOGIA Y ADMINISTRACION SEGURA	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2023	40
ATENCION PREHOSPITALARIA	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2023	40

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 13:52:00

Documento electrónico: f4b1d39d8445aae9bd7f07fd76038f6757a7135fa252178af95c4eee23e4655e

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
PRIMER RESPONDIENTE	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2023	40
VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2022	40
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2022	40
PROTOCOLO GESTION DEL DUELO	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2022	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2022	48
SOPORTE VITAL BASICO	SERVICIOS Y ASESORIAS PROTEC VIDA	2022	40
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CORPORACION TECNICA EMPRESARAIL PARA	2020	1800

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 Norte E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* 0
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 5 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO CONDUCTOR DE AMBULANCIA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS		*DIRECCIÓN* 0

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 13:52:00

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.	sirc@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 2 AÑO 2021	DIA 20 MES 4 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	URGENCIAS	AVENIDAD CARACAS # 33 A 11

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.	sirc@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 2 AÑO 2020	DIA 31 MES 1 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
RADIOPERADOR	URGENCIAS	AV CARACAS # 33 A - 11

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion@subred norte .gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 10 MES 1 AÑO 2018	DIA 4 MES 7 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONDUCTOR AMBULANCIA	AMBULANCIAS	CALLE 66 #15-41

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 13:52:00

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: 07-jul-2024

Fecha Validación:06-ago-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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sirc@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 9 AÑO 2017	DIA 31 MES 1 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONDUCTOR DE AMBULANCIA	AMBULANCIA	diagonal 34 # 5 - 43

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	6	10
Total	6	10

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 13:52:00

Documento electrónico: f4b1d39d8445aae9bd7f07fd76038f6757a7135fa252178af95c4eee23e4655e

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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: 07-jul-2024

Fecha Validación:06-ago-2024

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. - 07-jul-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ 07/07/2024 11:48:05
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

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 13:52:00

Documento electrónico: f4b1d39d8445aae9bd7f07fd76038f6757a7135fa252178af95c4eee23e4655e
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente