



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente  
E.S.E.



Última Actualización: 07-mar-2022

Fecha Validación: 08-mar-2022

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>DIAZ                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MURCIA                           | NOMBRES<br>INGRID HOLANDY                                                                                                                            |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52200742 | 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 11 MES AGO AÑO 1980<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 7370G 58<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3004880814<br>EMAIL ingrdiam@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 Academico |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|------|-------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     |      | MEDIA | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°.  | MES                             | DICIEMBRE |  | AÑO | 1998 |

### 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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Universitaria          | 10                         | X                 | PSICOLOGIA                                  | 12 2009                | 116989                        |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                                 | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                         | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|-------|
| ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL                | Secretaría de Salud de Bogotá                    | 2020            | 60    |
| EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA             | Departamento Administrativo del servicio civil y | 2020            | 40    |
| Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el | SENA                                             | 2019            | 50    |
| Gestión Empresarial                              | SENA                                             | 2018            | 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 Sur Occidente  
E.S.E.



Última Actualización: 07-mar-2022

Fecha Validación: 08-mar-2022

## 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>REMY IPS                              | PÚBLICA                                                    | PRIVADA<br>X                                                           | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>auxiliartalentohumano.remy.ips@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3187684128                                    | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 6 MES 7 AÑO 2020                   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 24 MES 6 AÑO 2021                               |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Psicóloga - Atención en Salud Mental y | DEPENDENCIA<br>Salud Mental Domiciliaria a la comunidad en | DIRECCIÓN<br>Calle 166 No. 16B - 42.                                   |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                  |                                          |                                                                  |                  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>AMI PALLIUM COLOMBIA          | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                                     | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                       | MUNICIPIO<br>Fusagasugá                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>trabajosocial.amipallium@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3212124548                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 2 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 27 MES 3 AÑO 2020                         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Psicóloga - Equipo Psicosocial | DEPENDENCIA<br>Área Psicosocial          | DIRECCIÓN<br>Calle 17A No. 10-06 Barrio Balmoral                 |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                |                                                   |                                                                 |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Ejército Nacional Dirección de Centros de Reclusión Militar | PÚBLICA<br>X                                      | PRIVADA                                                         | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                                             | MUNICIPIO<br>Villavicencio                        | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>adan.bermeo@buzonejercito.mil.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3183817620                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2018          | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 12 AÑO 2018                       |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Psicóloga                                                    | DEPENDENCIA<br>Tratamiento Penitenciario - Social | DIRECCIÓN<br>Vereda de Apiay Km 7 vía Puerto López              |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente  
E.S.E.



Última Actualización: 07-mar-2022

Fecha Validación: 08-mar-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<br>Agencia Logística de las Fuerzas Militares | PÚBLICA<br>X                                       | PRIVADA                                                           | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                     | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                           | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>rosa.garcia@agencialogistica.gov.co |                                           |
| TELÉFONOS<br>6510420                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 11 MES 3 AÑO 2014          |                                                                   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO<br>Profesional de Defensa - Coordinadora       | DEPENDENCIA<br>Dirección Administrativa - Grupo de | DIRECCIÓN<br>Calle 95 No 13 08                                    |                                           |

## 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   | 2                     | 1     |
| Pública   | 4                     | 6     |
| Total     | 6                     | 8     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente  
E.S.E.



Última Actualización: 07-mar-2022

Fecha Validación: 08-mar-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. - 07-mar-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