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: 28-ene-2025

Fecha Validación: 28-ene-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RUIZ	VARGAS	YENNY VIVIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52957855

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES FEB AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 31 D # 1-22

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3043882084

EMAIL ts.ruiva@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 NOVIEMBRE AÑO 1999
										X	

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
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y CONTROL	11	2012	
Universitaria	10	X		TRABAJO SOCIAL	11	2007	52957855

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

Documento electrónico: 8f7a703a543d419cc1005c7550ae254a254840c29805fcabaf157b0e037446ed

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*

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*
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yennyruiz@reincorporacion.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4430020	DIA 8 MES 3 AÑO 2024	DIA 15 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Acompañamiento Psicosocial	Cundinamarca Boyaca Casanare	calle 63 A bis No 70-36

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CEMI UNIVERSIDAD DEL ROSARIO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sarmiento@cemi.org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3048776310	DIA 17 MES 5 AÑO 2023	DIA 30 MES 11 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADORA INVESTIGACION	INVESTIGACION	Calle 12 # 3A – 21

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

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*
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yruiz@minsalud.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6013305000	DIA 13 MES 12 AÑO 2022	DIA 30 MES 4 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Perfil social	direccion de desarrollo de talento humano en	Carrera 13 No. 32-76

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CABILDO INDÍGENA AMBIKÁ PIJAO DE BOGOTÁ		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6012496868	DIA 19 MES 5 AÑO 2022	DIA 19 MES 1 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Coordinadora de Proyectos	Comunitaria	Kra. 2B No.90B - 71Sur • B.Charala – Usme

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MINISITERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yruiz@minsalud.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6013305000	DIA 15 MES 12 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	Direccion de desarrollo de talento humano	Carrera 13 No. 32-76

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

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*
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yruiz@minsalud.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6013305000	DIA 21 MES 9 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista	direccion de desarrollo de talento humano en	Carrera 13 No. 32-76

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
AGENCIA PARA LA REINCORPROACION Y LA NORMALIZACION ARN	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yennyruiz@reincorporacion.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5932211	DIA 19 MES 1 AÑO 2021	DIA 30 MES 6 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
626	REINCORPORACION	Carrera 9 No. 11 - 66

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION ARN	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yennyruiz@reincorporacion.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5932211	DIA 2 MES 7 AÑO 2020	DIA 31 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
1404	REINTEGRACION	Carrera 9 No. 11 - 66

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

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: 28-ene-2025

Fecha Validación: 28-ene-2025

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*
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION ARN	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yennyruiz@reincorporacion.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5932211	DIA 15 MES 1 AÑO 2020	DIA 30 MES 6 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
621	REINTEGRACION	Carrera 9 No. 11 - 66

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yennyruiz@reincorporacion.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2370000	DIA 15 MES 1 AÑO 2019	DIA 13 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
OPS 666	REINTEGRACION	CRA 7-22-11

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.	yruiz@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3808330	DIA 17 MES 1 AÑO 2018	DIA 16 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
3898	adultez	Carrera 7 # 32 -12,

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

Documento electrónico: 8f7a703a543d419cc1005c7550ae254a254840c29805fcabaf157b0e037446ed

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

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.	yruiz@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3808330	DIA 24 MES 2 AÑO 2017	DIA 23 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
2688	adultez	Carrera 7 # 32 -12,

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yruizv@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 6 MES 10 AÑO 2016	DIA 21 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
11984	INFANCIA	CRA 7 # 32-16

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2442024	DIA 19 MES 10 AÑO 2012	DIA 15 MES 8 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INTERVENTORA DE CAMPO .INCLUSION	FACULTAD DE MEDICINA	CALLE 34 #28-32

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

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*
CABILDO INDÍGENA AMBIKÁ PIJAO DE BOGOTÁ	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7660666	DIA 1 MES 7 AÑO 2011	DIA 30 MES 1 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Coordinadora de Proyectos	Comunitaria	Kra. 2B No.90B - 71Sur • B.Charala – Usme

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.	ESEUSME@SDIS.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7660666	DIA 1 MES 6 AÑO 2011	DIA 30 MES 8 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
REFERENTE DE ETNICA	Comunitaria	Transverson 2# 135-78 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA DEPARTAMENTAL TARAIRA VAUPES	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Vaupés	Yavaraté	alcaldiatarairavaupes@gmail. com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
60124934	DIA 3 MES 8 AÑO 2009	DIA 3 MES 1 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Trabajadora Sociak en Salud publica	Comunitaria	vaupes- taraira

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

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*
CABILDO INDÍGENA AMBIKÁ PIJAO DE BOGOTÁ	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6012496868	DIA 1 MES 3 AÑO 2009	DIA 30 MES 7 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Coordinadora de Proyectos	Comunitaria	Kra. 2B No.90B - 71Sur • B.Charala – Usme

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	1	2
Pública	9	6
Total	10	1

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45

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: 28-ene-2025

Fecha Validación: 28-ene-2025

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-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
YENNY VIVIANA RUIZ VARGAS 28/01/2025 13:50:41
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 07 DE FEBRERO DE 2025
Ciudad y fecha

Firmado digitalmente por Katty Jhoana Rodriguez Lozano
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Melissa Arboleda

Firma electronica validador: YOLANDA SEPULVEDA MEDINA 28/01/2025 17:56:45