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: 29-sep-2024

Fecha Validación:29-sep-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
OROZCO	RODRIGUEZ	MARTHA YADIRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51905571	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES AGO AÑO 1968

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6 B 79 C 81 ENTRADA 8 APTO 216

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3002166659

EMAIL yadys68@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADEMICA

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 1986
										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 PSICOLOGIA CLINICA	10	2003	
Universitaria	10	X		PSICOLOGIA	7	2000	125053

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA	SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER	2022	40
MISION MEDICA	SECRETARIA DE SALUD	2022	10
ABORDAJE INTEGRAL DE PERSONAS CON	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2022	50
ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE	2022	40
ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2020	60
ABIRDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL PARA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2020	60
MHGAP	OPS	2016	60
OPERADORES TERAPEUTICOS	ASOCIACION AURA	2016	40
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS	ASOCIACION RED NACIONAL DE SUICIDOLOGIA	2015	8
TECNICAS DE INTERVENCION EN CRISIS	FUNDACION EL VALLE DEL SILENCIO	2010	5

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 E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@subredsur.gob.co
TELÉFONOS 6017300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 1 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO profesional especializado administrativo	*DEPENDENCIA* Profesional Especializado Entorno Hogar		*DIRECCIÓN* carrera 24 c 54 47 sur

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

sideap

Última Actualización: 29-sep-2024

Fecha Validación:29-sep-2024

13 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 E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS: 6017300000	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 4 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: coordinadora convenio interadministrativo	DEPENDENCIA: fondo de desarrollo local	DIRECCIÓN: carrera 24 c 54 47 sur	

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: contactenossubredsuroccidente@gov.co	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 23 MES 3 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: PSICOLOGA	DEPENDENCIA: ATENCION MEDICA DOMICILIARIA	DIRECCIÓN: UNIDAD DEL TINTAL	

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: nellysahe@yahoo.es	
TELÉFONOS: 018000112439	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 8 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA: GESTION DEL RIESGO	DIRECCIÓN: CALLE 69 B SUR 77 I BIS 75	

Firma electronica validador: null

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.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3023399604	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA 23 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA	ESPACIO PUBLICO	DIAGONAL 34 # 5 - 43

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.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5966600	DIA 4 MES 5 AÑO 2015	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA SISVECOS	VSP	CALLE 12 D 26 A 62 SUR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitaldelsur@gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 1 MES 4 AÑO 2013	DIA 11 MES 7 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA	VSP	CARRERA 78 # 35 - 71

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

sideap

Última Actualización: 29-sep-2024

Fecha Validación:29-sep-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*
ASOCIACION AURA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	asoaura@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3208293109	DIA 3 MES 1 AÑO 2011	DIA 31 MES 5 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGA CLINICA	PSICOLOGIA	CARRERA 40K SUR 74 D 57

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.	corpocolcta@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2855927	DIA 23 MES 11 AÑO 2009	DIA 5 MES 2 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PSICOLOGA LINEA 123	CRUE	CARRERA 32 # 12 - 81

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	4	4
Pública	13	2
Total	14	1

Firma electronica validador: null

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-sep-2024

Fecha Validación:29-sep-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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null Octubre 1/2024
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: null