



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RIVERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CÁRDENAS	NOMBRES VIDAEL MANCES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1065644273	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1065644273 D.M. 035		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES SEP AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Norte de Santander CIUDAD Cúcuta		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 79 B 48 A 16 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5822346 EMAIL vidaelvida4@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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES DICIEMBRE	AÑO 2009

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X	PSICOLOGIA	10 2017	191837
Tecnológica	10	X	TECNOLOGÍA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	10 2017	191837

Firma electronica validador: null

465778 .

Documento electrónico: null

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

Página 1 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

sideap^{2.0}

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Psicología Clínica	Fundación Educolumbia	2019	6

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
Subred integrada de Servicios de salud Sur E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 11 MES 11 AÑO 2020		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
6875 Psicólogo	GESTION DEL RIESGO	cra 20 # 20 42 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.	SUBREDSUR@GAMIL.COM	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3006236022	DÍA 11 MES 11 AÑO 2020		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
OPS	ENTORNO HOGAR	Carrera 24C No 54-47 SUR	

Firma electronica validador: null

465778

Documento electrónico: null

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

Página 2 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap.2.0

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 subredsur@gmail.com	
TELÉFONOS 3006236022	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 11 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO OPS	DEPENDENCIA ENTORNO HOGAR	DIRECCIÓN Carrera 24C No 54-47 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD USS USME	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD SUBREDSUR@GAMIL.COM	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 11 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO OPS	DEPENDENCIA ENTORNO HOGAR	DIRECCIÓN Cl. 136 Sur #237, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD IPS EL REECUENTRO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Cúcuta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ips.elreencuentro@gmail.com	
TELÉFONOS 5955542	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 8 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Psicólogo	DEPENDENCIA Contratación	DIRECCIÓN Avenida 7 N° 16-16 El Paramo	

Firma electronica validador: null

465778

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

Página 3 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap^{2.0}

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 Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	SUBREDSUR@GMAIL.COM	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 15 MES 1 AÑO 2018		DÍA 13 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICOLOGO CONTRATISTA	SALUD PUBLICA	CRA 20 # 42 SUR 47	

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	6
Pública	5	7
Total	6	1

Firma electronica validador: null

465778

Documento electrónico: null

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

Página 4 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

sideap^{2.0}

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

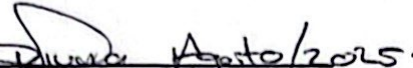
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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. Agosto 2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

null  Agosto/2025.

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

465778

Documento electrónico: null

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

Página 5 de 5