



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 CHAVEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTRO	NOMBRES LADY VANESSE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53088330	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES FEB AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 10 A 7 34 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7509134 EMAIL lchavez.subredcentrooriente@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 ACADEMICO					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2000	

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	8 2013	147662

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención a víctimas de violencia sexual	Subred integrada de servicios de salud Sur	2024	40
Atención a víctimas de ataques con sustancias	Subred integrada de servicios de salud Sur	2023	24

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



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Manejo integral del duelo	Subred integrada de servicios de salud Sur	2023	24
ENTRENAMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2018	8
primeros auxilios psicológicos	Asociación red nacional de suicidiología	2015	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CENTRO DE EDUCACIÓN Y ADMINISTRACIÓN	2002	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	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.	certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 1 MES 12 AÑO 2021		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PSICOLOGA	SALUD PUBLICA	KR 20 47 B 35 SUR	

Firma electronica validador: null

40972

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

Página 2 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 certificacionesops@subredsurgov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

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 certificacionesops@subredsurgov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO psicologa	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

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 certificacionesops@subredsurgov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 6 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO psicologa	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 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



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 certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO psicologa	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

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 WWW.SUBREDSUR.GOV.CO	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 3 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Kr 20 47b 35 sur	

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 WWW.SUBREDSUR.GOV.CO	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Kr 20 47b 35 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



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 WWW.SUBREDSUR.GOV.CO	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 10 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Kr 20 47b 35 sur	

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 www.subredsur.gov.com	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 7 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 9 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Kr 20 47b 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred integrada de servicios de salud Sur	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD vanessechavez@gmail.com	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DIA 27 MES 3 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Psicóloga	DEPENDENCIA Salud publica	DIRECCIÓN Kr 20 47b 35 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



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 centro oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444444	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO psicologa	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN dg 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.ESERAFaelURIBE.GOV.CO	
TELÉFONOS 5966600	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Kr 12 d 26 a 62 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.ESERAFaelURIBE.GOV.CO	
TELÉFONOS 5966600	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 2 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 10 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR AREA DE LA SALUD	DEPENDENCIA HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	DIRECCIÓN CRA 12 D 26 A 62 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



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 HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NUSIL_SEGSOC@ETB.NET.CO	
TELÉFONOS 6201407	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 7 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CARRERA 8 123 76	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE ESE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD COOP_INTRASALUD@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS 6148311	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 7 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA VACUNACIÓN	DIRECCIÓN CALLE 141 45 51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA VACUNACION	DIRECCIÓN CALLE 13 32 69	

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



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	21	8
Total	21	8

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. - null 21 Marzo 2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

Vanessa Chavet

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