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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUEVARA	VASQUEZ	SONIA DEL PILAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53081794

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES DIC AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8 N 3-04

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD La Calera TELEFONO 8758152

EMAIL soniaguevarav@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 2001
										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	3	X		ESPECIALIZACION EN ERGONOMIA	4	2011	
Universitaria	9	X		TERAPIA OCUPACIONAL	10	2008	53081794

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

Escaneado con CamScanner

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

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
inglès		X			X			X	

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 Occidente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: CONTACTENOS@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.	
TELÉFONOS: 7560505	FECHA DE INGRESO: DIA 10 MES 9 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: TERAEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA: VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN: CALLE 9 39 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UNION TEMPORAL RJ	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: UNION.TEMPORAL.RJ@GMAIL.COM	
TELÉFONOS: 7812474	FECHA DE INGRESO: DIA 11 MES 3 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO: DIA 13 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL BANCO DE	DEPENDENCIA: LOCALIDAD DE BOSA	DIRECCIÓN: Carrera 24 No. 34 - 38	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA LA CALERA	PUBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	MUNICIPIO: La Calera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: personallacalera@gmail.com	
TELÉFONOS: 8600466	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 1 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: ENCARGADA SG-SST	DEPENDENCIA: personal	DIRECCIÓN: calle3 6-10	

Escaneado con CamScanner

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

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 NORTE ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS: 6583030	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*: Calle 66 No. 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDÍA MUNICIPAL LA CALERA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: La Calera	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: personallacalera@gmail.com	
TELÉFONOS: 8600466	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 1 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*: UNIDAD DE PERSONAL	*DIRECCIÓN*: CRA 3 N 6-10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Alcaldía Munipal de la Calera	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: La Calera	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: peronallacalera@gmail.com	
TELÉFONOS: 8600466	*FECHA DE INGRESO*: DIA 28 MES 7 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENCARGADA SG-SST	*DEPENDENCIA*: Unidad de personal	*DIRECCIÓN*: cra 3 nº 6-10	

Escaneado con CamScanner

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

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: ALCALDIA MUNICIPAL DE LA CALERA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: La Calera	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: personallacalera@gmail.com	
TELÉFONOS: 8600466	*FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 2 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENCARGADA DEL SG-SST	*DEPENDENCIA*: UNIDAD DE PERSONAL	*DIRECCIÓN*: CRA 3 N 6-10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital centro Oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 1 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Terapeuta ocupacional	*DEPENDENCIA*: Proyectos UEL	*DIRECCIÓN*: diagonal 34 n 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Alcaldia Municipal La calera	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: La Calera	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: personallacalera@gmail.com	
TELÉFONOS: 8600466	*FECHA DE INGRESO*: DIA 24 MES 1 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: Terepeuta ocupacional	*DEPENDENCIA*: Programas Sociales	*DIRECCIÓN*: cra 3 n 6-10	

Escaneado con CamScanner

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

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 CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 344444	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 1 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 6 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*: PROYECTOS UEL	*DIRECCIÓN*: CRA 18B 16 A 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA MUNICIPAL DE LA CALERA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: La Calera	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: personallacalera@gmail.com	
TELÉFONOS: 8600466	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 2 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*: PROGRAMAS SOCIALES	*DIRECCIÓN*: CRA 3 N 6-10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACIÓN ORDENA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: fundacionordena@gamil.com	
TELÉFONOS: 3417796	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA*: BANCO DE AYUDAS TECNICAS	*DIRECCIÓN*: HOSPITAL LA VICTORIA	

Escaneado con CamScanner

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

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 CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 10 MES 6 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 5 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* PROYECTOS UEL		*DIRECCIÓN* CRA 18B-23-41

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	3
Pública	9	4
Total	9	9

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 INCOPATIBILIDAD 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).

Bogota 02-12-20

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 02-dic-2020

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

Escaneado con CamScanner