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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-abr-2025

Fecha Validación: 05-may-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PINTO	ESCOBAR	HECTOR FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80121465

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80121465 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES NOV AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 36F SUR # 2 - 66 Este BRR ATENAS

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3114493040

EMAIL psicologoconsultor1@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 2000
										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
Universitaria	10	X		PSICOLOGÍA	3	2011	134705

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en Gerencia Estratégica del Talento	Fundación Psicólogos Asociados de Colombia	2012	70
Diplomado en Sistemas Integrados de Gestión	Universidad Manuela Beltrán	2007	152

Firma electronica validador: CLAUDIA MARIA HERRERA HENAO 05/05/2025 15:38:55

Documento electrónico: d9c8c8e0076fead03718bbad2acd6563d0426635df4666db7379045cabdd6d77

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

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-abr-2025

Fecha Validación: 05-may-2025

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*
Secretaría Distrital de Integración Social	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 16 MES 5 AÑO 2024	DIA 15 MES 1 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
7867 - 2024	Subdirección para la Vejez	Carrera 7 # 32 - 12 / Ciudadela San Martín

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.	correspondenciaexterna@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 9 MES 5 AÑO 2023	DIA 5 MES 5 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
4371 - 2023	Subdirección para la Vejez	Carrera 7 # 32 - 12 / Ciudadela San Martín

Firma electronica validador: CLAUDIA MARIA HERRERA HENAO 05/05/2025 15:38:55

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

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-abr-2025

Fecha Validación: 05-may-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*
Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial -	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalciudadano@umv.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3779555	DIA 2 MES 3 AÑO 2023	DIA 30 MES 4 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
341 DE 21 DE FEBRERO DE 2023	Servicio al usuario	Calle 26 No.69-76 Edificio Elemento Torre 1,

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial -	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalciudadano@umv.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3779555	DIA 2 MES 9 AÑO 2022	DIA 1 MES 2 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
587 DE 21 DE FEBRERO DE 2022	Servicio al usuario	Calle 26 No.69-76 Edificio Elemento Torre 1,

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud - IDIPRON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionciudadano@idipron.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3779997	DIA 5 MES 3 AÑO 2022	DIA 28 MES 7 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
2021-2011	Proyecto 7726	Calle 61 # 7 - 78

Firma electronica validador: CLAUDIA MARIA HERRERA HENAO 05/05/2025 15:38:55

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

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-abr-2025

Fecha Validación: 05-may-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*
Corporación Infancia Y Desarrollo - LA CID		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Sibaté	cid@cid.org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5202213	DIA 13 MES 10 AÑO 2021	DIA 20 MES 2 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CID-PDS-2021-1604	Operativa	Calle 24d # 40-29

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.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 27 MES 3 AÑO 2020	DIA 26 MES 8 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
309-2020	Subdirección para la Vejez	Carrera 7 # 32 - 12

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.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 8 MES 10 AÑO 2019	DIA 7 MES 2 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
8924-2019	Subdirección para la Vejez	Carrera 7 # 32 - 12

Firma electronica validador: CLAUDIA MARIA HERRERA HENAO 05/05/2025 15:38:55

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*
Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	...

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3636660	DIA 25 MES 1 AÑO 2018	DIA 17 MES 4 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
056-2018	Subsidio C	Av 1 de Mayo # 1 - 40

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	...

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3636660	DIA 16 MES 5 AÑO 2017	DIA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
130-2017	SUBSIDIO C	AVENIDA 1 DE MAYO # 1 - 40

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Consorcio Express		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@consorcioexpress.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7424711	DIA 16 MES 2 AÑO 2016	DIA 12 MES 4 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional de Selección	Gestión Humana	Cl 32 Sur # 3 C - 08

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-abr-2025

Fecha Validación: 05-may-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 Alianza Temporales		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* servicioalcliente@alianzatemporales.com	
TELÉFONOS 4846060	*FECHA DE INGRESO* DIA 24 MES 6 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 27 MES 11 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Analista	*DEPENDENCIA* Gestión Humana		*DIRECCIÓN* Calle 25B #38A-54	

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	11
Pública	4	2
Total	6	1

Firma electronica validador: CLAUDIA MARIA HERRERA HENAO 05/05/2025 15:38:55

Documento electrónico: d9c8c8e0076fead03718bbad2acd6563d0426635df4666db7379045cabdd6d77

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

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 E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-abr-2025

Fecha Validación: 05-may-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-abr-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR 28/04/2025 10:14:12

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: CLAUDIA MARIA HERRERA HENAO 05/05/2025 15:38:55

Documento electrónico: d9c8c8e0076fead03718bbad2acd6563d0426635df4666db7379045cabdd6d77

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