Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GUACA	ELVIRA	YADY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 34.327.568 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 11 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYÁN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 21 NORTE 8-28

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYÁN

TELÉFONO 3208887193 EMAIL yadyguaca@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 OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11x	MES 06 AÑO 2001

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		FISIOTERAPEUTA	06	2007	34327568
ES	3	X		ESP. EN REHABILITACIÓN CARDIACA Y PULMONAR	10	2009	
MG	4	X		MAG. SALUD OCUPACIONAL Y SEG INDUSTRIAL	12	2019	06147

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* juridica@contraloria-cauca.gov.co
TELÉFONOS 602 8327269	*FECHA DE INGRESO* DÍA 02 MES 02 AÑO 2026		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO COORDINADORA SG-SST	*DEPENDENCIA* TALENTO HUMANO		*DIRECCIÓN* CARRERA 7 1N-66	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD IPSI MINGA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* coordinacionipsiminga@gmail.com
TELÉFONOS 3106146819	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 02 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 06 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* REHABILITACIÓN		*DIRECCIÓN* CRA 11 N°12N-75	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD INTERFISICA DEL CAUCA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* interfisicapopayan@hotmail.com
TELÉFONOS 8200330-8319389	*FECHA DE INGRESO* DÍA 04 MES 03 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DÍA 23 MES 01 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO COORDINADORA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* CRA 4 N° 0-96	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 8331000 EXT 1710	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 11 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO* DÍA 01 MES 02 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACIÓN		*DIRECCIÓN* CALLE 15N N°2-350	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COOPERATIVA LA COMUNA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
NEIVA	HUILA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2282299 – 2280856	DÍA 01 MES 08 AÑO 2009	DÍA 15 MES 12 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE TIEMPO COMPLETO	UNIVERSIDAD MARIA CANO	CALLE 50A 41-34

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C	informacion@neumologica.org

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428900	DÍA 13 MES 04 AÑO 2009	DÍA 25 MES 07 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA	REHABILITACIÓN PULMONAR	CRA 13B N°161-85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INTERFISICA LTDA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CAUCA	POPAYÁN	interfisicapopayan@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8200330-8319389	DÍA 02 MES 02 AÑO 2008	DÍA 02 MES 02 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA		CRA 4 N° 0-96

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
FISIOTERAPEUTA	10	1
COORDINADORA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	5	5
DOCENTE DE FISIOTERAPIA	1	4
	16	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Yady Yara

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