



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Movilidad



Última Actualización: 24-abr-2024

Fecha Validación: 24-abr-2024

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|---|---|
| PRIMER APELLIDO VARGAS | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUIZA | NOMBRES ILBA MILADY |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. _____ | 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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> PAÍS _____ DEPTO _____ CIUDAD _____ | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____ PAÍS _____ DEPTO _____ CIUDAD _____ TELEFONO _____ EMAIL _____ | |

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 | | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------------------------------------|------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | <input checked="" type="checkbox"/> | MES | NOVIEMBRE | AÑO | 1993 |

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 | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|-------------------------------|-------------------------|----------|----|---|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| Especialización universitaria | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN ECONOMIA | 11 | 2004 | |
| Especialización universitaria | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD | 11 | 2002 | |
| Especialización universitaria | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO | 10 | 2000 | |
| Universitaria | 10 | X | | DERECHO | 11 | 1998 | 96974 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Movilidad



Última Actualización: 24-abr-2024

Fecha Validación: 24-abr-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|

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 GASTROMEDICALL | | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CONTACTO@GASTROMEDIC.COM | | |
| TELÉFONOS 2749094 | FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2015 | | FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 2 AÑO 2020 | |
| CARGO O CONTRATO DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y | DEPENDENCIA GASTRO MEDICALL | DIRECCIÓN CALLE 127 19A-44 | | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | | |
|---|---|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD DNP | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.DNP.GOV.CO | | |
| TELÉFONOS 3815000 | FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 9 AÑO 2012 | | FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 2 AÑO 2015 | |
| CARGO O CONTRATO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO 0150 | DEPENDENCIA DNP | DIRECCIÓN CALLE 26 13-19 | | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Movilidad



Última Actualización: 24-abr-2024

Fecha Validación: 24-abr-2024

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 ICBF | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.bienestar.familiar.gov.co |
| TELÉFONOS 4377630 | FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 7 AÑO 2003 | | FECHA DE RETIRO DIA 5 MES 2 AÑO 2004 |
| CARGO O CONTRATO ASESOR ODIGO 120 GRADO 15 | DEPENDENCIA ICBF | DIRECCIÓN AV CARACAS 68 64 C 75 | |

| 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 tunjuelito@esebogota.gov.co |
| TELÉFONOS 2307766 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 9 AÑO 2002 | | FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 7 AÑO 2003 |
| CARGO O CONTRATO SUBGERENTE DMINISTRATIVOY | DEPENDENCIA HOSPITAL TUNJUELITO | DIRECCIÓN Ttransversal 44 52nb02 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 tunjuelito@edebogota.gov.co |
| TELÉFONOS 2307766 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2001 | | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 8 AÑO 2002 |
| CARGO O CONTRATO ASESOR JURIDICO | DEPENDENCIA HOSPITAL DE TUNJUELITO | DIRECCIÓN Transversal 44 52 b02 sur | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Movilidad



Última Actualización: 24-abr-2024

Fecha Validación: 24-abr-2024

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 | 4 | 10 |
| Pública | 5 | 4 |
| Total | 10 | 2 |

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. - 24-abr-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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.

04/24/2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS