



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 31-ene-2020

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>CUEVAS                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>QUIROGA                          | NOMBRES<br>MONICA JULIET                                                                                                                                          |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1014228163 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                             |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 18 MES DIC AÑO 1991<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>Carrera 76 # 69 A - 15<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4883640<br>EMAIL moni.juliet18@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 ACADÉMICO |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-------|------|------|----------------------------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     | MEDIA |      |      | FECHA DE GRADO             |
| 1º.              | 2º. | 3º. | 4º. | 5º. | 6º.        | 7º. | 8º. | 9º.   | 10º. | 11º. | MES DICIEMBRE AÑO 2008     |

### 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                     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS                                            |  | TERMINACIÓN |  | No. DE TARJETA |
|-------------------------------|---------------|----------|-------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|----------------|
| ACADÉMICA                     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO                                                 |  | MES AÑO     |  | PROFESIONAL    |
| Especialización Universitaria | 2             | X        | ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLÍNICA INFANTIL, DEL ADOLESCENTE Y |  | 4 2019      |  |                |
| Universitaria                 | 10            | X        | PSICOLOGIA                                                        |  | 9 2015      |  | 158905         |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

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



# FORMATO UNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría Distrital de Integración Social

**Sideap 2.0**

Última Actualización: 31-ene-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 |
| inglés | 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                          | 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                                    | DÍA 21 MES 2 AÑO 2019   |                            |          | DÍA 31 MES 12 AÑO 2019 |  |  |
| CARGO O CONTRATO                           | DEPENDENCIA             | DIRECCIÓN                  |          |                        |  |  |
| 2525/2019                                  | Subdireccion Local Usme | Calle 91 Sur # 4C 26 Este  |          |                        |  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                         |                             |          |                       |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD                          | PÚBLICA                 | PRIVADA                     | PAÍS     |                       |  |  |
| SECRETARIA 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                                    | DÍA 17 MES 7 AÑO 2018   |                             |          | DÍA 16 MES 1 AÑO 2019 |  |  |
| CARGO O CONTRATO                           | DEPENDENCIA             | DIRECCIÓN                   |          |                       |  |  |
| 7024/2018                                  | Subdirección Local Usme | Calle 91 Sur # 4C - 26 Este |          |                       |  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                         |                            |          |                       |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------|-----------------------|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD                          | PÚBLICA                 | PRIVADA                    | PAÍS     |                       |  |  |
| SECRETARIA 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                                    | DÍA 15 MES 3 AÑO 2017   |                            |          | DÍA 30 MES 6 AÑO 2018 |  |  |
| CARGO O CONTRATO                           | DEPENDENCIA             | DIRECCIÓN                  |          |                       |  |  |
| 4908/2017                                  | Subdirección Local Usme | Calle 91 Sur #4C-26 Este   |          |                       |  |  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 31-ene-2020

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   | 2                     | 7     |
| Total     | 2                     | 7     |

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

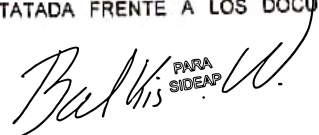
  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Ciudad y fecha

  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS