



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Valea</i>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <i>Antequero</i>	NOMBRES <i>Dainik de los Angeles</i>
SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO _____ D.M. _____

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: <i>Bachillerato en filosofía y letras</i>	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
											<i>12</i>	<i>1992</i>

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<i>LIN</i>	<i>12</i>	<i>X</i>		<i>Médica y Cirujano General</i>	<i>01</i>	<i>1991</i>	<i>4752/92</i>
<i>ES</i>	<i>2</i>	<i>X</i>		<i>Administración en Salud y SS</i>	<i>05</i>	<i>1995</i>	
<i>ES</i>	<i>2</i>	<i>X</i>		<i>Bioeticista</i>	<i>03</i>	<i>2012</i>	
<i>MG</i>	<i>3</i>		<i>X</i>	<i>Maestría en Salud Pública</i>			

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
<i>Español</i>			<i>X</i>			<i>X</i>			<i>X</i>
<i>Inglés</i>	<i>X</i>			<i>X</i>		<i>X</i>			

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 <i>Instituto Nacional de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>donikrolera@ins.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>2207700 EXT 1115</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2010</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i> </i> MES <i> </i> AÑO <i> </i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Directora Vigilancia y Análisis del Riesgo En Salud Pública</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección General</i>	DIRECCIÓN <i>Av. calle 26 N° 57-20</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Instituto Nacional de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>donikrolera@ins.gov.co</i> <i>donikrolera@ins.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>2207700 EXT. 1101</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>18</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2009</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>01</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2010</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Asesora Dirección</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección General</i>	DIRECCIÓN <i>Av. calle 26 N° 57-20</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Instituto Nacional de Salud</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>donikrolera@ins.gov.co</i> <i>donikrolera@ins.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>2207700 EXT. 1134</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2007</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2009</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Subdirectora Red Nacional de laboratorios</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección General</i>	DIRECCIÓN <i>Av. Calle 26 N° 57-20</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Santa Clara ESE Tl Nivel X</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>donikrolera@hospital-santacra.org</i>	
TELÉFONOS <i>3282828</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2005</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2006</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Subdirectora Certificación</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección General</i>	DIRECCIÓN <i>Av. calle 1 N° 15-59</i>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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 <i>Hospital Santa Clara ESE III Nivel</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3282828</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>19</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2001</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>28</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2005</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Jefe Oficina Atención al Usuario y Mercadeo</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección General</i>	DIRECCIÓN <i>Av. Calle 10° 15-59</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Comcast NIS</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>Jefe División Regimen Subsidiado</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>08</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2000</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>18</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2001</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Jefe División Regimen Subsidiado</i>	DEPENDENCIA <i>Subdirección Seguridad Social</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 11B D° 93</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>UNIMEC EPS</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>10</i> AÑO <i>1996</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>08</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2000</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Gestor Calidad Medica R/subsidiado</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección Regimen Subsidiado</i>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>EPS SAVITAS</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1996</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>13</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1996</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Asistente Gerencia Médica</i>	DEPENDENCIA <i>Gerencia Médica</i>	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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 <i>Colbavitos</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>02</i> AÑO <i>1995</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>01</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1995</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Controlador Cuentas Médicas</i>	DEPENDENCIA <i>Dirección EPS</i>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Caja Nacional de Previsión Social</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>03</i> AÑO <i>1993</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1994</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Profesional de C.A. Control Nivel Nacional</i>	DEPENDENCIA <i>Subsecretaría Salud</i>	DIRECCIÓN <i>CAN</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital de la Vejo I NIVEL</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>La Vejo</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>03</i> AÑO <i>1991</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>02</i> MES <i>03</i> AÑO <i>1992</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Médico SSO</i>	DEPENDENCIA <i>Director Hospital La Vejo</i>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Universitario San Rafael</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>12</i> MES <i>12</i> AÑO <i>1989</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>15</i> MES <i>01</i> AÑO <i>1994</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Médico Internista Md. Ox</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MÁS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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
Sector Público	13	11
Sector Privado	5	01
	—	—
	19	—

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co