El servicio público es de todos | Función Pública

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
MORERA	CUBILLOS	MARIA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C ●	C.E ○	PAS ○	No. 35393451	F ●	M ○	COL. ●	EXTRANJERO ○	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 13	MES 11	AÑO 1979	calle 10 No 14 a 85 sur torre 1 apto 303			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Cundinamarca
DEPTO	Cundinamarca			MUNICIPIO	MOSQUERA		
MUNICIPIO	MOSQUERA			TELÉFONO	8296358	EMAIL	mcmorera13@hotmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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:
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1996

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	
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS	05	2018	
UN	10	X		ODONTOLOGIA	12	2001	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcadia de Mosquera	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	MOSQUERA	secretariadesalud@mosquera-cundinamrca.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8931180	DÍA 02 MES 02 AÑO 2021	DÍA 16 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Prestacion de Servicios Auditora Aseguramiento	Secretaria de Salud	calle 2 No 3-16 Mosquera

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcladia de Mosquera	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	MOSQUERA	secretariadesalud@mosquera-cundinamrca.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8931180	DÍA 30 MES 01 AÑO 2020	DÍA 14 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Prestacion de Servicios Auditora Aseguramiento	Secretaria de Salud	carrera 2 No 2-68

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDÍA MUNICIPIO DE MOSQUERA	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

		secretariadesalud@mosquera-cundinamarca.gov.co
TELÉFONOS 8931180	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 16 **MES** 02 **AÑO** 2009	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 20 **MES** 12 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado Area Salud	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** Carrera 2 No. 3 - 16

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Anestecoop	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** Bogotá	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 6195920	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 02 **MES** 10 **AÑO** 2006	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 01 **MES** 04 **AÑO** 2008
CARGO O CONTRATO Auditora	**DEPENDENCIA** odontologia	**DIRECCIÓN** bogota

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Ministros de los enfermos	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Cundinamarca	**MUNICIPIO** Bogotá	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 2072124	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 12 **AÑO** 2002	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2003
CARGO O CONTRATO odontologa rural	**DEPENDENCIA** odontologia	**DIRECCIÓN** transversal 14 E No 69 A - 84 barrio juan rey

4 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).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Enero/2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.