



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP



Última Actualización: 26-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AGUIRRE	NOMBRES NORMA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51816618	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES AGO AÑO 1965 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL 12 C No 71 C 30 INT 9 APT 701 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTÁ D. C. TELÉFONO 8101379 EMAIL norcons65@yahoo.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	OCT	AÑO	1990

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA 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
UN	9	X	TERAPIA RESPIRATORIA	12 1995	51816618



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 26-nov-2017

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 SUB RED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS 5961020	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 7 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO terapia respiratoria	DEPENDENCIA pediatría	DIRECCIÓN dg 39 sur n 3 20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA VICTORIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS 5961020	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 11 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO terapeuta respiratoria	DEPENDENCIA pediatría	DIRECCIÓN DG 39 N 3 20	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PROFESALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO CAQUEZA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2001	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 9 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA RESPIRATORIA	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN AV 5 No. 5 80	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 26-jul-2017

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 central de urgencias pediátricas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 11 AÑO 1998	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 1999	
CARGO O CONTRATO terapeuta respiratoria	DEPENDENCIA urgencias pediatría	DIRECCIÓN carrera 42 calle 67 A	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN DIEGO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO terapeuta respiratoria	DEPENDENCIA urgencias pediatría	DIRECCIÓN AVEN 33 N 14 37	

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
PUBLICO	5	12
PRIVADO	11	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	17	8

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 180/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 25-nov-2017

Bogotá Noviembre 26/2017

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