



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

1

DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO QUEVEDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MEDINA | NOMBRES ANA MARIA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52454226 | 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 4 MES DIC AÑO 1978 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 146 A No. 58B-85 apto 202 int 6 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6138175 EMAIL anamaria_q@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 |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES DICIEMBRE AÑO 1995 |

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 ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|-------------------------------|-------------------------|----------------|---|---------------------|----------------------------|
| Especialización universitaria | 2 | X | ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD: ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL | 5 2004 | |
| Universitaria | 10 | X | NUTRICION Y DIETETICA | 5 2002 | MND00282 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--|----------------------------------|-----------------|-------|
| Atención integral en salud a víctimas de violencia | Hospital Militar Central | 2021 | 40 |
| Formación para la cualificación y el fortalecimiento | Universidad Nacional de Colombia | 2021 | 60 |
| Primeros Auxilios en el entorno laboral | Colmena Seguros | 2021 | 4 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--|--|-----------------|-------|
| Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la | Secretaria Distrital de salud de Bogotá. | 2020 | 90 |
| Diplomado en lactancia materna con énfasis en | Fundación universitaria Sanitas | 2019 | 128 |

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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X | | Colombia | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | | correspondencia@subrednorte.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO | |
| 4431790 | DÍA 24 | MES 11 AÑO 2021 | DÍA | MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN | |
| contratista | Análisis y políticas | | calle 66 # 15-41 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | | |
|---|------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | |
| Fundación CRAN-Centro para el reintegro y atención del niño | | X | Colombia | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | | gestionhumana@cran.org.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO | |
| 4757647 | DÍA 4 | MES 10 AÑO 2021 | DÍA 21 | MES 10 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN | |
| Nutricionista Dietista programa hogar | Programa hogar institucional | | Transversal 77 No. 162-06 | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

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 Fundación Fé | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.fundacionfe.org | |
| TELÉFONOS 6240507 | FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 3 AÑO 2020 | | FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO Nutricionista Discapacidad | DEPENDENCIA Nutrición | DIRECCIÓN Cra. 59B No. 129-45 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Integración Social | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD integracion@sdisgovco | |
| TELÉFONOS 3808330 | FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 8 AÑO 2019 | | FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 10 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO Nutricionista discapacidad | DEPENDENCIA Discapacidad | DIRECCIÓN Carrera 7 No. 32-12 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|--|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Compass Group Service Colombia S.A | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@compass-group.com.co | |
| TELÉFONOS 5082424 | FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 1 AÑO 2015 | | FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 7 AÑO 2015 |
| CARGO O CONTRATO nutricionista dietista | DEPENDENCIA salud y bienestar | DIRECCIÓN autopista norte no 235-71 | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

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 FUNSABIAM SALUD IPS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Cota | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD funsabiam@gmail.com | |
| TELÉFONOS 3183355935 | FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 10 AÑO 2014 | | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO NUTRICIONISTA DIETISTA | DEPENDENCIA ASISTENCIAL | DIRECCIÓN VEREDA LA MOYA, SECTOR EL SALVIO, | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|--|
| EMPRESA O ENTIDAD TERAPIAS INTEGRALES | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Córdoba | MUNICIPIO Montería | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD terapiasintegralsltda@hotmail.com | |
| TELÉFONOS 3156648237 | FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 6 AÑO 2011 | | FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 6 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO nutricionista dietista | DEPENDENCIA consulta externa | DIRECCIÓN calle 26 no 9-68 | |

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 | 5 | 0 |
| Pública | 0 | 11 |
| Total | 6 | 0 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

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. - 07-sep-2022

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

