



# 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.



Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>HINESTROZA                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CABALLERO                        | NOMBRES<br>LIZETH CAROLINA                                                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1030551679 | 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 16 MES OCT AÑO 1988<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 69 D 3 80 SUR AP TORRE 4 APTO 708<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3134075533<br>EMAIL hines1606@hotmail.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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO      bachiller academico |           |  |     |      |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |  |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                             | NOVIEMBRE |  | AÑO | 2005 |  |

### 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<br>ACADÉMICA           | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Especialización<br>universitaria | 2                          | X                 | ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN<br>SALUD    | 12 2020                |                               |
| Especialización<br>universitaria | 2                          | X                 | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA<br>SALUD  | 12 2018                | 27169/14                      |
| Universitaria                    | 12                         | X                 | MEDICINA                                    | 12 2012                | 27169/14                      |



# 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.



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 |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|
| Diplomado virtual para la implementación de la ruta | Fundacion universitaria Sanitas   | 2021            | 150   |
| DIPLOMADO ACREDITACION PARA LA IPS                  | ICONTEC                           | 2021            | 104   |
| Curso de gestion clinica                            | Enlaces, centro de altos estudios | 2021            | 20    |
| DIPLOMADO PARA VERIFICADOR DE LAS                   | UNIVERSIDAD CES                   | 2021            | 140   |
| CURSO PLANEACION Y CONTROL                          | SENA-ACESI                        | 2020            | 48    |
| DIPLOMADO ALISTAMIENTO DE INSTITUCIONES             | SENA- ACESI                       | 2019            | 120   |

## 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            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                                 |                                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO                         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |                 |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.                       | atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co |                 |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO                  |                                            | FECHA DE RETIRO |
| 3282828                                                      | DÍA 1 MES 2 AÑO 2022              |                                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA                       | DIRECCIÓN                                  |                 |
| lider gestion clinicas excelente y segura                    | subgerencia de servicios de salud | Diagonal 34 N° 5 - 43                      |                 |



# 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.



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                                            | PÚBLICA                           | PRIVADA                                            | PAÍS            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                                 |                                                    | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO                         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |                 |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.                       | radicacionmedios electronicos@subredcentrooriente. |                 |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO                  |                                                    | FECHA DE RETIRO |
| 3282828                                                      | DÍA 1 MES 2 AÑO 2022              |                                                    | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA                       | DIRECCIÓN                                          |                 |
| Contrato por prestación servicios                            | Subgerencia de servicios de salud | Diagonal 34 N° 5 - 43                              |                 |

| EMPLEO O CONTRATO                                         |                       |                            |                 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                         | PÚBLICA               | PRIVADA                    | PAÍS            |
| Subred integrada de servicio en salud Sur Occidente E.S.E | X                     |                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                              | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| Bogotá D.C.                                               | Bogotá D.C.           | hines1606@hotmail.com      |                 |
| TELÉFONOS                                                 | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO |
| 3754019                                                   | DÍA 16 MES 6 AÑO 2014 |                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                          | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                 |
| contrato por ops                                          | asistencial           | calle 9 # 39 - 46          |                 |

| EMPLEO O CONTRATO                                           |                                   |                                       |                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                           | PÚBLICA                           | PRIVADA                               | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                                 |                                       | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO                         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |                       |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.                       | contactenos@subredsuroccidente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO                  |                                       | FECHA DE RETIRO       |
| 4399090                                                     | DÍA 16 MES 6 AÑO 2014             |                                       | DÍA 31 MES 1 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA                       | DIRECCIÓN                             |                       |
| contrato por prestación de servicios                        | subgerencia de servicios de salud | Calle 9 No. 39 – 46 Bogotá – Colombia |                       |



# 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.



Última Actualización: 07-sep-2022

Fecha Validación: 07-sep-2022

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   | 8                     | 2     |
| Total     | 8                     | 2     |

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 50. 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