



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 06-dic-2022

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MORALES	NOMBRES CLAUDIA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52419562	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES NOV AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 159 NO. 54-81 APARTAMENTO 403 INTERIOR 3 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3451383 EMAIL claparomo@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 BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	NOVIEMBRE
											AÑO	1993

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES AÑO	PROFESIONAL
Especialización médico	8	X	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		6 2006	52419562
Universitaria	12	X	MEDICINA		6 2006	52419562

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 06-dic-2022

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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD loide.guzman@ncsanrafael.com.co		
TELÉFONOS 3282300	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 7 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y	DEPENDENCIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		DIRECCIÓN CARRERA 8 NO. 17 SUR 45		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED NORTE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ginecosuba@gmail.com		
TELÉFONOS 6621111	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 2 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y	DEPENDENCIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		DIRECCIÓN CARRERA 104 NO. 152C 50		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD saludcoop			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD claparamo@hotmail.com		
TELÉFONOS 3115585471	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 1 AÑO 2015		
CARGO O CONTRATO GINECOLOGA Y OBSTETRA	DEPENDENCIA ginecologia		DIRECCIÓN autopista norte con calle 94		



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 06-dic-2022

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

DIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	7	6
Pública	7	10
Total	14	1

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

SOJO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCuentro DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E
ATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR
TOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ADOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE
IN VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

D.C. - 27-jul-2022
/ fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS