



# 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: 24-ago-2022

Fecha Validación: 01-mar-2023

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORENO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ	NOMBRES PAOLA ALEXANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 35535877	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 20 MES NOV AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Facativá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Kr 68C No. 22 10 Sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8066545 EMAIL amoreno.asanitaria.hco@gmail.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 COMERCIAL				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1999	

### 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
Universitaria	10	X	OPTOMETRIA		4	2009	35535877

### 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.



Última Actualización: 24-ago-2022

Fecha Validación: 01-mar-2023

## 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 ESTRUCTURA DE 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.			amoren.asanitaria.hco@gmail.com								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
3112360509	DIA	24	MES	12	AÑO	2020	DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
profesional universitario	Salud Pública			Calle 94 57 40								

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS					
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	X						Colombia					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			atencionusuario@subredcentroorient.gov.co								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
3444448	DIA	27	MES	7	AÑO	2017	DIA	31	MES	8	AÑO	2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
OPTOMETRA	SALUD PUBLICA			DIAGONAL 34 No. 5 43								

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS					
ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X						Colombia					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			subredcentroorient@.gov.co								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
3444484	DIA	9	MES	4	AÑO	2009	DIA	21	MES	7	AÑO	2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
OPTOMETRA	VIGILANCIA SANITARIA			Dg. 34 No. 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: 24-ago-2022

Fecha Validación: 01-mar-2023

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	13	10
Total	13	10

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO X 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. - 24-ago-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