



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: 28-feb-2023

Fecha Validación: 01-mar-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BELTRAN	NOMBRES MARIA ALEJANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1026293754	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES DIC AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cr 88CSur # 54 c-29 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3108755392 EMAIL alejita.roa1018@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 ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	2012	

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	3	X	ENFERMERIA	11 2015	12757

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	INFORSALUD	2019	40
PROGRAMA AMPLIADO DE HUMANIZACION	INFORSALUD	2019	40
ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA	INFORSALUD	2018	40
SOPORTE VITAL BASICO	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2016	20



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: 28-feb-2023

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

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.					PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia					
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD N/a						
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 8 AÑO 2020					FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO						
CARGO O CONTRATO Auxiliar De enfermería	DEPENDENCIA Pai					DIRECCIÓN Lorencota Villegas						

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.					PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia					
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subrednorte.gov.co						
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 8 AÑO 2020					FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO						
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA vacunacion					DIRECCIÓN Calle 66 No. 15-41						

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD americas business process					PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia					
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD americasbps@gmail.com						
TELÉFONOS 4100400	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2017					FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 11 AÑO 2017						
CARGO O CONTRATO asesora para la EPS SANITAS. Brindando al	DEPENDENCIA 805.000					DIRECCIÓN Av el dorado 85 D 55 Local 149						



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: 28-feb-2023

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	5
Pública	2	6
Total	3	0

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. - 28-feb-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alejandra Roo.
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