



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: 06-abr-2023

Fecha Validación: 10-abr-2023

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>CALDERON                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>HUERTAS                          | NOMBRES<br>PAULA ANDREA                                                                                                                                         |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1023961273 | 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 21 MES JUN AÑO 1997<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>carrera 16 54 60<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3864040<br>EMAIL paulaandrea8_10@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 DICIEMBRE              | AÑO 2014 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN     | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------------|------------------------------|-----------------|-------|
| tecnico laboral auxiliar de enfermeria | institucion educativa ingabo | 2016            | 1800  |



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: 06-abr-2023

Fecha Validación: 10-abr-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                                   | 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.           | certificacionesops@subrednorte.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO      |                                       | FECHA DE RETIRO       |
| 4431790                                             | DIA 11 MES 3 AÑO 2019 |                                       | DIA 22 MES 9 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                             |                       |
| tecnico administrativo                              | radiologia            | calle 66 #15-41                       |                       |

| EMPLEO O CONTRATO      |                      |                             |                      |
|------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD      | PÚBLICA              | PRIVADA                     | PAÍS                 |
| clinica la carolina    |                      | X                           | Colombia             |
| DEPARTAMENTO           | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |                      |
| Bogotá D.C.            | Bogotá D.C.          | paulaandrea8_10@hotmail.com |                      |
| TELÉFONOS              | FECHA DE INGRESO     |                             | FECHA DE RETIRO      |
| 6146853                | DIA 5 MES 6 AÑO 2018 |                             | DIA 6 MES 7 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO       | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                   |                      |
| auxiliar de enfermeria | enfermeria           | carrera 14 127 - 11         |                      |

| EMPLEO O CONTRATO            |                       |                             |                      |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD            | PÚBLICA               | PRIVADA                     | PAÍS                 |
| wellness medical tourism sas |                       | X                           | Colombia             |
| DEPARTAMENTO                 | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |                      |
| Bogotá D.C.                  | Bogotá D.C.           | paulaandrea8_10@hotmail.com |                      |
| TELÉFONOS                    | FECHA DE INGRESO      |                             | FECHA DE RETIRO      |
| 3219677197                   | DIA 27 MES 2 AÑO 2017 |                             | DIA 8 MES 4 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO             | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                   |                      |
| auxiliar de enfermeria       | enfermeria            | carrera 11b 119 28          |                      |



# 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: 06-abr-2023

Fecha Validación: 10-abr-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   | 1                     | 2     |
| Pública   | 2                     | 6     |
| Total     | 3                     | 8     |

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. - 06-abr-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

PAGA Calderón

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