



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 10-ago-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VELASQUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ramirez	NOMBRES CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52934661	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 24 MES JUN AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 2568C 50 IN 1 AP 302 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3148645482 EMAIL veraco24@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 ACADÉMICO CON				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	7 2020	
Universitaria	12	X	MEDICINA	7 2011	5013873/2012

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 10-ago-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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MEDICA SANTA FE S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD recursoshumanos@ums.com.co	
TELÉFONOS 7443388	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 9 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN AV CALLE 27 # 15A -55	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3649666	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MEDICO TERRITORIAL	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 20 8A 56	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3649666	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 2 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MEDICO TERRITORIAL	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 20 8A 56	



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 10-ago-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.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649666	DÍA 1 MES 1 AÑO 2016		DÍA 31 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO TERRITORIAL	SALUD PUBLICA	CALLE 20 8A 56	

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
3649666	DÍA 1 MES 12 AÑO 2015		DÍA 31 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO TERRITORIAL	SALUD PUBLICA	CALLE 20 8A 56	

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
3649666	DÍA 9 MES 11 AÑO 2015		DÍA 30 MES 11 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO TERRITORIAL	SALUD PUBLICA	CALLE 20 8A 56	



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 10-ago-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.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649666	DÍA 1 MES 4 AÑO 2015		DÍA 30 MES 7 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO TERRITORIAL	SALUD PUBLICA	CALLE 20 8A 56	

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
3649666	DÍA 3 MES 2 AÑO 2015		DÍA 31 MES 3 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO TERRITORIAL	SALUD PUBLICA	CALLE 20 8A 56	

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.	correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7799800	DÍA 6 MES 10 AÑO 2014		DÍA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO DE TERRITORIO SALUDABLE	SALUD PUBLICA	CALLE 77I BIS 69B 70 SUR	



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 10-ago-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 Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7799800	DIA 1	MES 9 AÑO 2014	DIA 30	MES 9	AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
MEDICO CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA		CALLE 77I BIS 69B 70 SUR		

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.		correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7799800	DIA 2	MES 1 AÑO 2014	DIA 30	MES 6	AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
MEDICO CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA		CALLE 77I BIS 69B 70 SUR		

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.		correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7799800	DIA 2	MES 1 AÑO 2013	DIA 31	MES 12	AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
MEDICO CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA		CARRERA 77 I BIS N 69 B 76 SUR		



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: 27-jul-2022

Fecha Validación: 10-ago-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	2	11
Pública	2	10
Total	5	9

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. - 27-jul-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