



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: 13-jun-2023

Fecha Validación: 13-jun-2023

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO BULLA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MORENO | NOMBRES MANUEL ALEJANDRO |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1016009340 | SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO 1016009340 D.M. 51 | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES MAR AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 20 C#106 27 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3028304309 EMAIL manuel.alejandro.bulla.moreno@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 BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO BACHILLER MILITAR | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|--------------------------|----------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES DICIEMBRE | AÑO 2004 |

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 |
|------------------------|----------------------------|-------------------|---|------------------------|-------------------------------|
| Universitaria | 9 | X | INGENIERÍA INDUSTRIAL | 12 2020 | |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| TECNOLOGIA EN GESTION LOGISTICA | SENA | 2018 | 3520 |
| Microsoft Office Power Point 2007 | SENA | 2012 | 40 |
| AUTOCAD 2D | SENA | 2011 | 40 |
| AUTOCAD 3D | SENA | 2011 | 40 |



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: 13-jun-2023

Fecha Validación: 13-jun-2023

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| Fundamentacion de Ensamble y mtto de | SENA | 2011 | 60 |
| Microsoft Office Excel Basico 2007 | SENA | 2011 | 40 |

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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD OLT TRANSPORTES SAS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD bogota@olttransportes.com | |
| TELÉFONOS 3116377024 | FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 2 AÑO 2023 | | FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO ASESOR LOGISTICO DESPACHOS | DEPENDENCIA DESPACHOS | DIRECCIÓN CRA 123 15 A51 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD manuel.alejandro.bulla.morno@gmail.com | |
| TELÉFONOS 3028304309 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2022 | | FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO MENSAJERO MOTO PIC | DEPENDENCIA PAI | DIRECCIÓN KR 54 14 44 | |



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: 13-jun-2023

Fecha Validación: 13-jun-2023

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 Sur Occidente E.S.E. | X | | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | manuel.alejandrobulla.moreno@gmail.com | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 3028304309 | DÍA 1 MES 2 AÑO 2021 | | DÍA 31 MES 1 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| MENSAJERO MOTO PIC | PAI | KR 59 14 44 | |

| 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. | manuel.alejandrobulla.moreno@gmail.com | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 3028304309 | DÍA 10 MES 8 AÑO 2020 | | DÍA 31 MES 1 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| MENSAJERO MOTO PIC | PAI KENNEDY | Cra. 59 #14 - 44 | |

| 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. | manuel.alejandrobulla.moreno@gmail.com | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 3008301440 | DÍA 23 MES 4 AÑO 2018 | | DÍA 15 MES 1 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| TECNICO ADMINISTRATIVO 1 | ALMACEN-INVENTARIOS | CLL 9 # 39 - 46 | |



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: 13-jun-2023

Fecha Validación: 13-jun-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 | 4 |
| Pública | 3 | 6 |
| Total | 3 | 6 |

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. - 13-jun-2023
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