FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Sanchez	Rodriguez	Fedra Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52818746	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 04 AÑO 1984	CARRERA 70B 24D 22 TORRE 3 APTO 1101			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	IBAGUÉ	TELÉFONO	7391010	EMAIL	drafedra@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 OBTENIDO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		BASICA SECUNDARIA			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO			
											MES	12	AÑO	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA GENERAL	07	2008	52818746
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	08	2011	52818746
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN CONTRATACION ESTATAL Y SU GESTION	06	2019	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	11	2020	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN DERECHO PUBLICO	11	2021	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2005	52818746
PREGRADO	8	X		DERECHO	11	2017	308797

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

OK

1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
Instituto nacional de cancerología	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		Cesación Tabaquica	03	2021
Secretaria Distrital de salud	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		curso virtual: Ruta integral de atención en salud enfermedades respiratorias crónicas EPOC	11	2021
FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	150	X		DIPLOMADO VIRTUAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR	08	2022
SENA	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	11	2022

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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*
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS	X				X		X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
6013849160	*Dia*	22	*Mes*	07	*Año*	2024	*Dia*	28	*Mes*	01	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICA PEDIATRA	MEDICO SALA DE PARTOS	CALLE 9 39 46

OK

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6013849160	Día 24 Mes 02 Año 2023	Día 07 Mes 04 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO ESP EN PEDIATRIA	PROCESO GESTION DEL RIESGO	CALLE 9 39 46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6017491150	Día 13 Mes 02 Año 2023	Día 30 Mes 12 Año 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MD PEDIATRA	SUBDIRECCION VIGILANCIA SALUD PUBLICA	AVENIDA CALLE 23 51 53

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6017491550	Día 15 Mes 02 Año 2022	Día 30 Mes 12 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MD PEDIATRA	SUBDIRECCION VIGILANCIA SALUD PUBLICA	AVENIDA CALLE 26 51 53

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6013849160	Día 13 Mes 12 Año 2021	Día 31 Mes 12 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICA PEDIATRA	PROCESO GESTION DEL RIESGO	CALLE 9 39 46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6017491550	Día 01 Mes 10 Año 2021	Día 20 Mes 12 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MD PEDIATRA	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	AVENIDA CALLE 26 51 53

OK

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3849160	Día	27	Mes	01	Año	2021	Día	12	Mes	12	Año	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICA PEDIATRA	PROCESO GESTION DEL RIESGO	CALLE 9 39 46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
7428585	Día	01	Mes	07	Año	2017	Día	10	Mes	12	Año	2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PEDIATRA UCIPEDIATRICA	HOSPITALARIA	USS TUNAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
0000000000	Día	16	Mes	03	Año	2014	Día	31	Mes	08	Año	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		CARRERA 20 47B 35 sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
0000000000	Día	01	Mes	02	Año	2014	Día	15	Mes	03	Año	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		CARRERA 20 47B 35 sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
0000000000	Día	01	Mes	11	Año	2013	Día	31	Mes	01	Año	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		CARRERA 20 47B 35 sur

Ok

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 47B 35 sur					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	02	*Mes*	09	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 47B 35 sur					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7428585	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL PEDIATRA CONVENIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* ADMINISTRATIVO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 47B 35 sur					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INVERSIONES NOBBON		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2009	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PEDIATRA HOSPITAL SUBA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS Y HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CALLE 127, 19 A 10 OFICINA 405					

OK

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	08	*Año* 2007	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL, URGENCIAS PEDI	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* Transversal 44 # 51B 16 Sur					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2007	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS					*DIRECCIÓN* Transversal 44 # 51B 16 Sur					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
MPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año* 2006	*Día*	11	*Mes*	01	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SSO	*DEPENDENCIA* REQUIERE CORRECCION					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34N 5 43					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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.

Bogotá, febrero 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

7
21/02/25