FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MORENO	YEPES	VICTOR JOVANI

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79967309	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 79967309 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES MAR AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

CIUDAD Salgar

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 26 sur 1 a 55 este

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6958668

EMAIL victormorenoyepes23@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 cendizob
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1994
										X	

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	12	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD.	6	2014	212305
Universitaria	12	X		MEDICINA	12	2004	212305

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 07/03/2025 11:52:35

Documento electrónico: d8f9980c636994fa096b230722898ec7e80cbcbf9614d4c48ea93b8891c4146f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE TECNICOS AUXILIARES DE	2023	40
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VIXTIMAS	CENTRO DE TECNICOS AUXILIARES DE	2023	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	CENTRO DE TECNICOS AUXILIARES DE	2023	40
gerencia y auditoria de la calidad de la salud	fundacion universitaria jorge tadeo lozano	2014	2000

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*
Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	victor.moreno@gobiernobogota.gov

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6477656	DIA 25 MES 7 AÑO 2023	DIA 30 MES 9 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL DE APOYO	PLANEACION SALUD	AV 1 DE MAYO 1 40 SUR

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 07/03/2025 11:52:35

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*
Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion.scristobal.gobiernobogota.gov.vo

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3620403	DIA 26 MES 8 AÑO 2022	DIA 25 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
profesional de apoyo	salud	Avenida Primero De Mayo Nº 1 - 40 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion.scristobal@gobiernobogota.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6477656	DIA 2 MES 2 AÑO 2022	DIA 29 MES 8 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESIONAL DE APOYO	CALIDAD	Avenida Primero De Mayo Nº 1 - 40 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ADECCO - HOSPITAL LA MISERICORDIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	josemendez@adecco.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2120400	DIA 16 MES 10 AÑO 2019	DIA 30 MES 6 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
GESTOR NO PLAN DE BENEFICIOS	FINANCIERA	AV CARACAS NUMERO 1 65

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 07/03/2025 11:52:35

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

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*
PROACTIVOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sub.cientifica@procardiohcc.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
9011023	DIA 12 MES 2 AÑO 2018	DIA 26 MES 3 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	SUBDIRECCION CIENTIFICA	KRA 4 ESTE 30- 32 SOACHA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA DEL OCCIDENTE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	nomina@clinicadeloccidente.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4254620	DIA 9 MES 7 AÑO 2015	DIA 30 MES 8 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO AUDITOR	FINANCIERA	AV DE LAS AMERICAS 71 C 29

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
hospital de san jose		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitaldesanjose.@org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3538000	DIA 1 MES 4 AÑO 2014	DIA 17 MES 3 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
medico auditor	calidad	Cl. 10 #18-75, Bogotá

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 07/03/2025 11:52:35

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-mar-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

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	7	1
Pública	2	1
Total	9	2

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. - 04-mar-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

VICTOR JOVANI MORENO YEPES 04/03/2025 15:08:38

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

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 07/03/2025 11:52:35

Documento electrónico: d8f9980c636994fa096b230722898ec7e80cbcbf9614d4c48ea93b8891c4146f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente