El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MORERA	CUBILLOS	MARIA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C C.E PAS No. 35393451

SEXO F M **NACIONALIDAD** COL. EXTRANJERO **PAÍS** Colombia

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 13 MES 11 AÑO 1979
PAÍS Colombia
DEPTO Cundinamarca
MUNICIPIO MOSQUERA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Carrera 2a No. 21-21 el cabrero
PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca
MUNICIPIO MOSQUERA
TELÉFONO 8296358 EMAIL mcmorera13@hotmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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	
UN	10	X		ODONTOLOGIA	12	2001	
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS	05	2018	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcladia de Mosquera	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	MOSQUERA	secretariadesalud@mosquera-cundinamrca.gov.co
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
8931180	DÍA 30 MES 01 AÑO 2020	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Prestacion de Servicios Auditora Aseguramiento	Secretaria de Salud	carrera 2 No 2-68

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldía de Mosquera	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	MOSQUERA	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
	DÍA 16 MES 02 AÑO 2009	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Profesional Especializado		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDÍA MUNICIPIO DE MOSQUERA	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		secretariadesalud@mosquera-cundinamarca.gov.co
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
8931180	DÍA 16 MES 02 AÑO 2009	DÍA 20 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Profesional Especializado Area Salud		Carrera 2 No. 3 - 16

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Anestecoop		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
6195920	DÍA 02 MES 10 AÑO 2006	DÍA 01 MES 04 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Auditora	odontologia	bogota

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministros de los enfermos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
2072124	**DÍA** 01 **MES** 12 **AÑO** 2002	**DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2003
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
odontologa rural	odontologia	transversal 14 E No 69 A - 84 barrio juan rey

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Jundiais 1 de 12

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.