



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: 02-ene-2025

Fecha Validación: 14-ene-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FORERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CONTRERAS	NOMBRES PAOLA ANDREA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52935733	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 22 MES DIC AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 79 19 88 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6015124602 EMAIL andreaforero2210@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller Académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES NOVIEMBRE AÑO 2000

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización médico	8	X	Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo	12 2017	52935733
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 2006	2315

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/01/2025 10:23:03

1459519

Documento electrónico: a1c26931ace714352288cf1ec80b4ed21aa79290fa06a32f628fb506e9f97722
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



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: 02-ene-2025

Fecha Validación: 14-ene-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
POSGRADO UNIVERSITARIO EN	UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	2022	535
POSGRADO EN MEDICINA AERONAUTICA	UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	2022	126

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Cardiovascular Colombiano - Clínica Santa Teresita Normandía		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cencardio2020@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
13285797	DIA 28 MES 2 AÑO 2023		DIA 31 MES 1 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Medico Especialista en Medicina Intensiva	Cuidado Intensivo	Carrera 71 B # 51 - 09	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica Infantil Santa María del Lago		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ssvalmeri@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
14306767	DIA 1 MES 2 AÑO 2023		DIA 31 MES 1 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Medico Especialista en Medicina Critica	Cuidado Intensivo	Calle 73 # 76 - 66	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/01/2025 10:23:03

1459519

Documento electrónico: a1c26931ace714352288cf1ec80b4ed21aa79290fa06a32f628fb506e9f97722
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



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: 02-ene-2025

Fecha Validación: 14-ene-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 Clinica La Pequeña Familia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Argentina
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clinicalapequeñafamilia@com.arg	
TELÉFONOS 542364407800	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 12 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Medico Residente en Medicina Critica y	DEPENDENCIA Unidad de Cuidado Intensivo	DIRECCIÓN Ruta 188 y Alberdi	

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 seleccion personal@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 14431790	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 2 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 2 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO Medico Cirujano General año Rural	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Transversal 100 A # 80 A - 50	

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	5	0
Pública	1	0
Total	6	0

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/01/2025 10:23:03

1459519

Documento electrónico: a1c26931ace714352288cf1ec80b4ed21aa79290fa06a32f628fb506e9f97722
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



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: 02-ene-2025

Fecha Validación: 14-ene-2025

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. - 02-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
PAOLA ANDREA FORERO CONTRERAS 02/01/2025 14:37:14
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