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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-may-2025

Fecha Validación: 29-may-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
DE LA CRUZ	POLO	MOISES DAVID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1140847693	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES ENE AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 13 33 01

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3002773030

EMAIL moicruzp@hotmail.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 BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										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
Universitaria	12	X		MEDICINA	6	2014	1140847693

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PLAN HOSPITALARIO DE GESTION DEL RIESGO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	20
INDUCCION INSTITUCIONAL AGOSTO 2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	40

Firma electronica validador: MARXIA IVONNE DIAZ PERILLA 29/05/2025 18:02:58

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
MANEJO INTEGRAL DEL DUELO	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2024	40
SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2024	70
EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA	EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL	2024	40
DIRECTRICES EN INVESTIGACION CIENTIFICA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	2
Curso de Humanización en la Prestación de	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	48
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO Y	QUIRON ENTRENAMIENTO EN SALUD	2024	48
ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2023	40
CURSO DE VIOLENCIA DE GENERO CON	QUIRON ENTRENAMIENTO EN SALUD	2023	28
PRIMER RESPONDEDOR A VICTIMAS DE	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2023	40
SEDACION BASICA Y AVANZADA	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2023	70
EJES DE ACREDITACION Y SU IMPORTANCIA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	30
A D V A N C E D STROKE LIFE SUPPORT	ANGELS INITIATIVE	2022	30
PRE-HOSPITAL STROKE CARE BASICS ONLINE	ANGELS INITIATIVE	2022	30
MISION MEDICA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2022	10
CURSO ATENCION DIFERENCIAL PERSONAS	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2022	40
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO Y	QUIRON ENTRENAMIENTO EN SALUD	2022	48
CURSO VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	QUIRON ENTRENAMIENTO EN SALUD	2022	28
Curso de Humanización en la Prestación de	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2021	48
SEDACION BASICA Y AVANZADA	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2021	50
PRIMER RESPONDEDOR A VICTIMAS DE	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2021	5
VIOLENCIA DE GENERO CON ENFOQUE A	QUIRON ENTRENAMIENTO EN SALUD	2020	28
SOPORTE VITAL BASICO YAANZADO	QUIRON ENTRENAMIENTO EN SALUD	2020	48

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

Firma electronica validador: MARXIA IVONNE DIAZ PERILLA 29/05/2025 18:02:58

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-may-2025

Fecha Validación: 29-may-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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.ops@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6017300000	DIA 10 MES 12 AÑO 2021	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO	APH	Cra 24 c No. 53-47 sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 16 MES 10 AÑO 2021	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO (A) GENERAL	AMBULANCIA	Calle 163 No. 16 C – 62

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 11 MES 6 AÑO 2021	DIA 15 MES 10 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL - APH	AMBULANCIA	Calle 163 No. 16 C - 62

Firma electronica validador: MARXIA IVONNE DIAZ PERILLA 29/05/2025 18:02:58

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-may-2025

Fecha Validación: 29-may-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*
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Atlántico	Barranquilla	BAGRHS01@EDATEL.NET.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8373781	DIA 14 MES 5 AÑO 2020	DIA 31 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS	CALLE 50 # 46 D 37

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EMERCARE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	AMBU.EMERCARE@GMAIL.COM.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3227373252	DIA 10 MES 3 AÑO 2018	DIA 30 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	AMBULANCIAS	CRA 41 B BIS 3 B 49

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UMI AMBULANCIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	http://www.umiemergencias.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7454542	DIA 5 MES 2 AÑO 2016	DIA 28 MES 6 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	AMBULANCIA	Cr29 B 71 A-38

Firma electronica validador: MARXIA IVONNE DIAZ PERILLA 29/05/2025 18:02:58

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-may-2025

Fecha Validación: 29-may-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	2	0
Pública	4	7
Total	6	7

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. - 29-may-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO 29/05/2025 18:03:11

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: MARXIA IVONNE DIAZ PERILLA 29/05/2025 18:02:58

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