



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.



Última Actualización: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VILLOTA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RIOS	NOMBRES MIGUEL ANGEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1017210505	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 1017210505 D.M. 27		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES MAY AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia CIUDAD Medellín		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 95 71 11 AP 802 TO 3 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3112428214 EMAIL miguel23dri@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 BÁSICA											TÍTULO Bachillerato			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2009

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
Maestría	4	X	MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA FAMILIA	7 2020	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA DE LAS ORGANIZACIONES	11 2017	
Universitaria	9	X	PSICOLOGÍA	10 2016	165361

Firma electronica validador: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 29/04/2025 09:03:44

1548330

Documento electrónico: 0f00a644f7623a76c64d89ce2ed7f93bb6b0d322da71ce3efd66907cbfa16eba
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS	SENA	2022	40
Curso de economia solidaria	Uniminuto	2017	240
Diplomado en evaluacion y seleccion basado en	Uniminuto	2016	120

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	espaciopublico@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3132541208	DIA 14 MES 5 AÑO 2021		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicologo Especialista	Entorno Comunitario	KR 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicios de Atencion Psicologica SAP USTA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@usantotomas.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5878797	DIA 5 MES 2 AÑO 2018		DIA 27 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Psicoterapeuta en Formacion	Atención Psicologica	Cra 9 # 51 - 11	

Firma electronica validador: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 29/04/2025 09:03:44

1548330

Documento electrónico: 0f00a644f7623a76c64d89ce2ed7f93bb6b0d322da71ce3efd66907cbfa16eba
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-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 Uniminuto	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.uniminuto.edu	
TELÉFONOS 5933004	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 10 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Psicólogo, Evaluador y Entrevistador	DEPENDENCIA Programa de Psicología	DIRECCIÓN CII 81B # 72B - 70	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Corfuturo	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratos@corfuturo.org	
TELÉFONOS 3610833	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 4 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Apoyo comunitario y logístico.	DEPENDENCIA Convenio 147-15 Semilleros de Participación	DIRECCIÓN Cra 12D #22 - 56 Sur	

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	3	2
Pública	3	11
Total	7	2

Firma electronica validador: CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO 29/04/2025 09:03:44

1548330

Documento electrónico: 0f00a644f7623a76c64d89ce2ed7f93bb6b0d322da71ce3efd66907cbfa16eba
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-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. - 27-abr-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS 27/04/2025 22:03:08
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