

LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.



TENIENDO EN CUENTA QUE

Claudia Patricia Romero Torres

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. *52422747 Bogotá, D.C.*

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina

LE OTORGA,

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

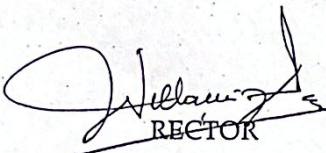
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,

EL TITULO DE

Especialista en Pediatría

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION

EN BOGOTA, D.C., A LOS *veintiseis (26)* DIAS DEL MES DE *marzo* DE *dos mil ocho (2008)*


RECTOR


DECANO


SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA N° 13782



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROMERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TORRES	NOMBRES CLAUDIA PATRICIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52422747		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR		NUMERO D.M.	
PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
FECHA DÍA MES AÑO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO Bogotá D.C.	
DEPTO Antioquia	CIUDAD Bogotá D.C.	TELEFONO 3593488	
CIUDAD La Ceja	EMAIL claparoto@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 BACHILLER	
PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIA	FECHA DE GRADO
1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°. 7°. 8°. 9°. 10°. 11°			MES DICIEMBRE AÑO 1993

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		No. DE TARJETA PROFESIONAL
				MES	AÑO	
Especialización universitaria	6	X	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	3	2008	52422747
Universitaria	12	X	MEDICINA	7	2001	19842002

Firma electronica validador: null

38824

Documento electrónico: null

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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			
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		hospital@eftunal.com			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
7698460	DÍA 1	MES 3	AÑO 2010	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
MEDICO PEDIATRA	PEDIATRIA		CARRERA 20 No. 47 B 35 SUR			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
CLINICA INFANTIL DE COLSUBSIDIO		X	Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		colsubsidio.com.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
2111590	DÍA 3	MES 6	AÑO 2008	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
MEDICO PEDIATRIA HOSPITALARIO	PEDIATRIA		CALLE 67 No. 10 67 CHAPINERO			

Firma electronica validador: null

38824

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

Página 2 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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	17	9
Pública	16	1
Total	17	9

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 PRESTACION 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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

30 Mayo 2026

Firma electrónica: *Claudia Romero*

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: null

38824

Documento electrónico: null

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