



# 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<br>MORENO                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>GAMBA                            | NOMBRES<br>ADRIANA                                                                                                                                                      |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53082861 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                   |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.                                 |                                                                    |                                                                                                                                                                         |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 29 MES MAR AÑO 1985<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 35 32 121 TO 2 AP 304<br>PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca<br>CIUDAD Soacha TELEFONO 3125055506<br>EMAIL adriana.moreno2315@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 BASICA |    |    |    |    |            |    |    |    |       |     | TITULO BACHILLER COMERCIAL |           |  |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|----------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO             |           |  |     |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES                        | DICIEMBRE |  | AÑO | 2001 |

### 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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO              | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Tecnológica            | 5                          | X                 | TECNOLOGÍA EN GESTIÓN<br>ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD | 6 2024                 |                               |
| Formación<br>técnica   | 3                          | X                 | TÉCNICO PROFESIONAL EN<br>ADMINISTRACIÓN EN SALUD        | 12 2009                |                               |

Firma electrónica validador: null

663351

Documento electrónico: null  
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)

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 |

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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                                 | PAÍS<br>Colombia               |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>dircontratacion@subredsuroccidente.gov.co |                                |
| TELÉFONOS<br>7560505                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 3 AÑO 2025 |                                                                         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO<br>APOYO ADMINISTRATIVO DE                                      | DEPENDENCIA<br>HOSPITAL TRINIDAD GALAN   | DIRECCIÓN<br>Cra. 60 #4-33, Puente Aranda                               |                                |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                                               |                                                      |                                          |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS | PÚBLICA                                       | PRIVADA<br>X                                         | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                         | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>colsanitas@keralty.com |                                          |
| TELÉFONOS<br>6016466060                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 18 MES 12 AÑO 2023    |                                                      | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 6 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO<br>APRENDIZ SENA                   | DEPENDENCIA<br>CENTRO MEDICO COLINA CAMPESTRE | DIRECCIÓN<br>Cra. 59 No. 152 -19                     |                                          |

Firma electrónica validador: null

663351

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



## 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                   |
| LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "COLSUBSIDIO" |                               | X                                      | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                          | MUNICIPIO                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD             |                        |
| Bogotá D.C.                                           | Bogotá D.C.                   | serviciosaltrabajador@colsubsidio.com. |                        |
| TELÉFONOS                                             | FECHA DE INGRESO              |                                        | FECHA DE RETIRO        |
| 7420100                                               | DÍA 29 MES 11 AÑO 2011        |                                        | DÍA 30 MES 12 AÑO 2013 |
| CARGO O CONTRATO                                      | DEPENDENCIA                   | DIRECCIÓN                              |                        |
| Auxiliar Atención Al Usuario                          | Centro Medico Primero De Mayo | Transversal 78H 42 C – 10 Sur, Segundo |                        |

| EMPLEO O CONTRATO                                           |                        |                                          |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                           | PÚBLICA                | PRIVADA                                  | PAÍS                   |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                      |                                          | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD               |                        |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.            | dircontratacion@subredsuoccidente.gov.co |                        |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO       |                                          | FECHA DE RETIRO        |
| 7560505                                                     | DÍA 20 MES 9 AÑO 2010  |                                          | DÍA 30 MES 11 AÑO 2011 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                                |                        |
| COMUNICADOR                                                 | HOSPITAL PABLO VI BOSA | Carrera 87 # 53B - 51 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   | 2                     | 7     |
| Pública   | 2                     | 6     |
| Total     | 5                     | 1     |

Firma electrónica validador: null

663351

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



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. - null 16 DE JULIO 2026

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

null

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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: null

663351

Documento electrónico: null

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

Página 4 de 4