

# Presentación de hoja de vida

Una vez actualizada su hoja de vida, usted seleccionará la entidad a la cual va a presentar, el tipo de vinculación que tiene o tendrá y el causal de la presentación: Actualización de datos o nueva vinculación, con lo cual se autoriza a la entidad a verificar los datos aquí consignados.



+ Agregar entidad

## Lista Entidades

10 ▾

| <div><div>Id</div><div>presen</div><div>≡</div></div> | <div><div>Nombr</div><div>entida</div><div>≡</div></div> | <div><div>Fecha</div><div>presen</div><div>≡</div></div> | <div><div>Presen</div><div>como</div></div> | <div><div>Motivo</div><div>de</div><div>presen</div></div> | <div><div>Estado</div></div> | <div><div>Observ</div></div> | <div><div>Volver</div><div>a</div><div>presen</div></div> | <div><div>Editar</div><div>presen</div></div> | <div><div>Ver</div><div>hoja</div><div>de</div><div>vida</div><div>validac</div></div> | <div><div>Elimin</div></div> |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 17699                                                 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.        | 08/06/                                                   | Contra                                      | Actuali de datos                                           | Enviad a entida              |                              |                                                           |                                               |                                                                                        |                              |
| 15947                                                 | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.        | 25/07/                                                   | Contra                                      | Actuali de datos                                           | Enviad a entida              |                              |                                                           |                                               |                                                                                        |                              |
| 14384                                                 | Subred Integrada de Servicios de Salud                   | 04/12/                                                   | Contra                                      | Nueva vincula                                              | Enviad a entida              |                              |                                                           |                                               |                                                                                        |                              |

A-

A+



|       |                                                                    |        |                   |                        |                               |  |  |  |  |  |
|-------|--------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| 12626 | Secret<br>Distrit<br>De<br>Salud                                   | 15/02/ | Emplea<br>público | Nueva<br>vincula       | Enviad<br>a<br>entida         |  |  |  |  |  |
| 11474 | Subred<br>Integra<br>de<br>Servici<br>de<br>Salud<br>Sur<br>E.S.E. | 29/04/ | Contra            | Actuali<br>de<br>datos | Enviad<br>a<br>entida         |  |  |  |  |  |
| 82263 | Subred<br>Integra<br>de<br>Servici<br>de<br>Salud<br>Sur<br>E.S.E. | 15/11/ | Contra            | Nueva<br>vincula       | Con<br>observ                 |  |  |  |  |  |
| 80143 | Subred<br>Integra<br>de<br>Servici<br>de<br>Salud<br>Sur<br>E.S.E. | 08/10/ | Contra            | Nueva<br>vincula       | En<br>proces<br>de<br>validac |  |  |  |  |  |
| 78174 | Subred<br>Integra<br>de<br>Servici<br>de<br>Salud<br>Sur<br>E.S.E. | 01/09/ | Contra            | Nueva<br>vincula       | Enviad<br>a<br>entida         |  |  |  |  |  |
| 63949 | Subred<br>Integra<br>de<br>Servici<br>de<br>Salud<br>Sur<br>E.S.E. | 16/03/ | Contra            | Nueva<br>vincula       | Enviad<br>a<br>entida         |  |  |  |  |  |

A-

A+





© Todos los derechos reservados

A-

A+





# 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>CONTRERAS                        | NOMBRES<br>GERMAN ALFREDO                                                                                                                                                               |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80425026 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                   |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 80425026 D.M. 4           |                                                                    |                                                                                                                                                                                         |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 17 MES SEP AÑO 1972<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Cundinamarca<br>CIUDAD El Colegio               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 9C BIS 68G 29 ET 2 TO 10 AP 101<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6012994799<br>EMAIL morenocontrerasgerman@yahoo.es |

## 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                        | NOVIEMBRE |  | AÑO | 1991 |

### 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 |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Especialización<br>universitaria | 2                          | X                 | ESPECIALIZACION EN GERENCIA<br>HOSPITALARIA | 3 2009                 |                               |
| Universitaria                    | 12                         | X                 | MEDICINA                                    | 7 1998                 | 80425026                      |

Firma electrónica validador: null

326451

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

Página 1 de 11



# 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 |
|------------------|---------------------------------------|-----------------|-------|
| BLS              | CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS | 2021            | 20    |
| ACLS             | CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y | 2021            | 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

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                           |  |  |  |              |                                                                       |                  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|--|--|--------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |                                           |  |  |  | PÚBLICA<br>X | PRIVADA                                                               | PAÍS<br>Colombia |  |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  |  |  |  |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>notificaciones.siasur2@subredsur.gov.co |                  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6017300000                                                | FECHA DE INGRESO<br>DIA 2 MES 10 AÑO 2025 |  |  |  |              | FECHA DE RETIRO<br>DIA MES AÑO                                        |                  |  |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>medico general                                     | DEPENDENCIA<br>gestion de riesgo en salud |  |  |  |              | DIRECCIÓN<br>cr 24 c 54 47 sur                                        |                  |  |  |  |  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                            |  |  |  |              |                                                                       |                  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|--|--|--------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |                                            |  |  |  | PÚBLICA<br>X | PRIVADA                                                               | PAÍS<br>Colombia |  |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   |  |  |  |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>notificaciones.siasur2@subredsur.gov.co |                  |  |  |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6017300000                                                | FECHA DE INGRESO<br>DIA 10 MES 12 AÑO 2024 |  |  |  |              | FECHA DE RETIRO<br>DIA 30 MES 9 AÑO 2025                              |                  |  |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>medico general                                     | DEPENDENCIA<br>gestion de riesgo en salud  |  |  |  |              | DIRECCIÓN<br>cr 24 c 54 47 sur                                        |                  |  |  |  |  |  |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>notificaciones.siasur2@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>6017300000                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 8 MES 11 AÑO 2024 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 9 MES 12 AÑO 2024                              |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>medico general                                     | DEPENDENCIA<br>gestion de riesgo en salud | DIRECCIÓN<br>cr 24 c 54 47 sur                                        |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                           |                                                                       |                  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>notificaciones.siasur2@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>6017300000                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 9 MES 9 AÑO 2022  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 1 MES 5 AÑO 2023                               |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>medico general                                     | DEPENDENCIA<br>gestion de riesgo en salud | DIRECCIÓN<br>cr 24 c 54 47 sur                                        |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                           |                                                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>thumanosubredsur@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3168883772                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 14 MES 7 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 7 AÑO 2024                 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO                                             | DEPENDENCIA<br>TERRITORIOS                | DIRECCIÓN<br>Carrera 24C No 54-47 SUR                    |                  |

Firma electrónica validador: null

326451

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

Página 3 de 11



# 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |                                           |  | PÚBLICA<br>X | PRIVADA                                                | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  |  |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>thumanosubreds@gmail.com |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3168883772                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 12 AÑO 2021 |  |              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 28 MES 2 AÑO 2022               |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL                                     | DEPENDENCIA<br>TERRITORIOS                |  |              | DIRECCIÓN<br>Carrera 24C No 54-47 SUR                  |                  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                       |                                          |  |         |                                                     |                  |  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|--|---------|-----------------------------------------------------|------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAFAM              |                                          |  | PÚBLICA | PRIVADA<br>X                                        | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.             | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 |  |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>suacosta@cafam.com.co |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3134306919                 | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 4 AÑO 2021 |  |         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 6 AÑO 2022            |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>Medico Hospitalario | DEPENDENCIA<br>salud                     |  |         | DIRECCIÓN<br>Dg. 92 #23-1 23-89 a                   |                  |  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                           |  |              |                                                        |                  |  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|--------------|--------------------------------------------------------|------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |                                           |  | PÚBLICA<br>X | PRIVADA                                                | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  |  |              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>thumanosubreds@gmail.com |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3168883772                                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 25 MES 3 AÑO 2021 |  |              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 29 MES 8 AÑO 2021               |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>medico general atencion domiciliaria 4353          | DEPENDENCIA<br>urgencias                  |  |              | DIRECCIÓN<br>Carrera 20 # 47B -35 sur                  |                  |  |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>ISMAEL SILVA                 | PÚBLICA<br>X                                | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                      | MUNICIPIO<br>Silvania                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>HOSPITALISMAELSILVA@YAHOO.ES |                  |
| TELÉFONOS<br>0318683116                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 10 AÑO 2020   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 28 MES 2 AÑO 2021                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>LIDER ASISTENCIAL Y MEDICO DE | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 9 39                                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                                          |                                                               |                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                          | MUNICIPIO<br>La Mesa                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTRATACION@HOSPILAMESA.GOV.CO |                  |
| TELÉFONOS<br>0315878570                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 2 MES 1 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 3 AÑO 2020                      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS                  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 25 34                                    |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                                          |                                                               |                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                          | MUNICIPIO<br>La Mesa                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTRATACION@HOSPILAMESA.GOV.CO |                  |
| TELÉFONOS<br>0315878570                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 2 MES 7 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 11 AÑO 2019                     |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS                  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 25 34                                    |                  |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                          | MUNICIPIO<br>La Mesa                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTRATACION@HOSPILAMESA.GOV.CO |                  |
| TELÉFONOS<br>0315878570                               | FECHA DE INGRESO<br>DIA 5 MES 4 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 30 MES 6 AÑO 2019                      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS                  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 25 34                                    |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                                            |                                                               |                  |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                          | MUNICIPIO<br>La Mesa                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTRATACION@HOSPILAMESA.GOV.CO |                  |
| TELÉFONOS<br>0315878570                               | FECHA DE INGRESO<br>DIA 13 MES 10 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 12 MES 11 AÑO 2016                     |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS                  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL                 | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 25 34                                    |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                       |                                           |                                                         |                  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                 | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                            | MUNICIPIO<br>El Colegio                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTACTENOS@ESEELCOLEGIO- |                  |
| TELÉFONOS<br>0318475026                                 | FECHA DE INGRESO<br>DIA 22 MES 6 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 30 MES 6 AÑO 2020                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>COORDINADOR MEDICO                  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA             | DIRECCIÓN<br>AVENIDA MEDICA 6 06                        |                  |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                          | MUNICIPIO<br>La Mesa                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTRATACION@HOSPILAMESA.GOV.CO |                                          |
| TELÉFONOS<br>5878570                                  | FECHA DE INGRESO<br>DIA 7 MES 6 AÑO 2016 |                                                               | FECHA DE RETIRO<br>DIA 31 MES 7 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS                  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 24 35                                    |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                              |                                           |                                         |                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CORPORACION IPS SALUDCOOP | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                            | PAÍS<br>Colombia                        |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                   | MUNICIPIO<br>La Mesa                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>LIQUIDADA |                                         |
| TELÉFONOS<br>0316361741                        | FECHA DE INGRESO<br>DIA 22 MES 8 AÑO 2014 |                                         | FECHA DE RETIRO<br>DIA 2 MES 2 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL             | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS                  | DIRECCIÓN<br>LA MESA                    |                                         |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                          |                                               |                                          |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                       | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SIN INFORMACION |                                          |
| TELÉFONOS<br>0315694040                                                | FECHA DE INGRESO<br>DIA 1 MES 7 AÑO 2014 |                                               | FECHA DE RETIRO<br>DIA 30 MES 4 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS                                   | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 60 G SUR 18 BIS 09         |                                          |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>EMI                | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                 | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.             | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SN INFORMACION |                                          |
| TELÉFONOS<br>0313076374                 | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 8 MES 4 AÑO 2014 |                                              | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 6 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO DOMICILIARIO | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 19 69F 45                 |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                  |                                           |                                               |                                          |
|------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>IDIME         | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                  | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.        | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SIN INFORMACION |                                          |
| TELÉFONOS<br>0315421110            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 3 MES 10 AÑO 2011 |                                               | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 28 MES 3 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO<br>GERENTE MEDICO | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVO             | DIRECCIÓN<br>CALLE 76 13 42                   |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                 |                                           |                                               |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                       | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                       | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SIN INFORMACION |                                          |
| TELÉFONOS<br>0313230622                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 10 AÑO 2010 |                                               | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 9 AÑO 2011 |
| CARGO O CONTRATO<br>AUDITOR MEDICO                                                | DEPENDENCIA<br>FACTURACION                | DIRECCIÓN<br>CARRERE 6 46 23                  |                                          |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRAS | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                       | MUNICIPIO<br>Chocontá                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SIN INFORMACION |                  |
| TELÉFONOS<br>0318562223                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 1 AÑO 2010 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 9 AÑO 2010      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>SUBGERENTE CIENTIFICO          | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 4 8 12                   |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                  |                                           |                                               |                  |
|------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>PREVIMEDIC    | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.        | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SIN INFORMACION |                  |
| TELÉFONOS<br>0313130667            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 25 MES 2 AÑO 2009 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 12 AÑO 2009     |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA           | DIRECCIÓN<br>CALLE 71 10 43                   |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                                          |                                               |                  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA PARTENON               | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                         | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>SIN INFORMACION |                  |
| TELÉFONOS<br>0312517473                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 9 MES 6 AÑO 2008 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 12 AÑO 2009     |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO URGENCIAS Y HOSPITALARIO | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 74 76 65                   |                  |

Firma electrónica validador: null



# 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<br>HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                          | MUNICIPIO<br>La Mesa                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTRATACION@HOSPILAMESA.GOV.CO |                  |
| TELÉFONOS<br>0315878570                               | FECHA DE INGRESO<br>DIA 1 MES 1 AÑO 2006 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 15 MES 4 AÑO 2008                      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL                    | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL               | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 25 34                                    |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                              |                                           |                                          |                  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CORPORACION IPS SALUDCOOP | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                   | MUNICIPIO<br>La Mesa                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>LIQUIDADA  |                  |
| TELÉFONOS<br>0313171820                        | FECHA DE INGRESO<br>DIA 16 MES 2 AÑO 2004 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 31 MES 5 AÑO 2008 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO GENERAL             | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA           | DIRECCIÓN<br>LA MESA CUNDINAMARCA        |                  |

## 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   | 11                    | 3     |
| Pública   | 14                    | 7     |
| Total     | 21                    | 6     |

Firma electrónica validador: null



# 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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. -07/06/2026

Firma electrónica: German Moreno  
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