



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|----------------------------|
| PRIMER APELLIDO Sandoval | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cabrera | | NOMBRES Laura Carolina | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1018422828 | | | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> | | SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | |
| PAÍS <input type="text"/> | | | PAÍS <input type="text"/> | | DEPTO <input type="text"/> |
| DEPTO <input type="text"/> | | | MUNICIPIO <input type="text"/> | | |
| MUNICIPIO <input type="text"/> | | | TELÉFONO <input type="text"/> | | EMAIL <input type="text"/> |

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 OBTENIDO | | BÁSICA SECUNDARIA | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2006 |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA | 11 | 2017 | |
| PREGRADO | 10 | X | | COMUNICACION SOCIAL- PERIODISMO | 11 | 2011 | |

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------------|-------------|------|
| | | | | MES | AÑO |
| PRESENCIAL | Politécnico Granacolombiano | EDUCACIÓN INFORMAL | Diplomado Responsabilidad Social | 12 | 2011 |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE 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 VIGENTE

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------|---------|----------------------------|-------------------------------|------|-----|--|-----|--|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 06 | Mes | 06 | Año | 2022 | Día | | Mes | | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO II | DEPENDENCIA COMUNICACION | | | | DIRECCIÓN CALLE 66 - 15 44 | | | | | | |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------|---------|----------------------------|---------------------------------|------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 05 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO | DEPENDENCIA OFICINA COMUNICACIONES | | | | DIRECCIÓN DIAGONAL 34 - 5 43 | | | | | | |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|---------|----------------------------|---------------------------------|------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 16 | Mes | 01 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 01 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO II | DEPENDENCIA 4112.60. OFICINA DE COMUNICACIONES | | | | DIRECCIÓN DIAGONAL 34 - 5 43 | | | | | | |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--------------|---------|----------------------------|-------------------------------|------|-----|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 10 | Mes | 06 | Año | 2020 | Día | 15 | Mes | 01 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO II | DEPENDENCIA COMUNICACIONES | | | | DIRECCIÓN CALLE 66 - 15 44 | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|---------|-----|---------------------------------|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2019 | Día | 27 | Mes | 03 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2018 | Día | 31 | Mes | 03 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 6585830 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 20 | Mes | 09 | Año | 2017 | Día | 31 | Mes | 01 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL COMUNICADORA SOCIAL - PERIODIS | | | DEPENDENCIA SALUD PUBLICA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 6583030 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2017 | Día | 31 | Mes | 05 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL COMUNICADORA SOCIAL - PERIODIS | | | DEPENDENCIA PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 6583030 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 10 | Año | 2016 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ASESORA DE PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 66 - 15 41 | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|-----|---------|-----|---------------------------------|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 04 | Mes | 01 | Año | 2016 | Día | 30 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA OFICINA ASESOR DE PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 08 | Año | 2015 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA OFICINA DE PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2015 | Día | 31 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA OFICINA ASESORA DE PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 01 | Año | 2015 | Día | 31 | Mes | 01 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA OFICINA DE PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 65830303 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 10 | Año | 2014 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL COMUNICADORA SOCIAL - PERIODIS | | | DEPENDENCIA OFICINA PLANEACION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 66 - 15 44 | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--------------|-----|---------|--------------------------------|------------------|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SUBA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 10 | Mes | 01 | Año | 2012 | Día | 30 | Mes |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO | | | DEPENDENCIA DEPARTAMENTO DE PLANEACION | | | | DIRECCIÓN CARRERA 104 - 50 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SUBA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 65830303 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 14 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 30 | Mes |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO OPERATIVO TECNOLOGO I | | | DEPENDENCIA DEPARTAMENTO PLANEACION | | | | DIRECCIÓN CARRERA 104 - 152 | | | | |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|------|---------|--------------------|-----------------|------|--|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día: | | Mes: | | Año: | | Día: | | Mes: |
| AREA DE CONOCIMIENTO | | | NIVEL EDUCATIVO | | | | DIRECCIÓN | | | | |

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 1 | 9 |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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