



FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pedraza		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ochoa			NOMBRES Nancy Teresa	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 63336752				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 DIA 18 MES 06 AÑO 1967				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		
DEPTO SANTANDER		TELÉFONO		EMAIL		
MUNICIPIO SAN ANDRÉS						

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	1983	

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

TC (TECNICA) 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 EN SALUD			
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN SISTEMAS DE GARANTIA DE CALIDAD Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	02	2011	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR	09	2003	
PRE-GRADO	12	X		MEDICINA	12	2001	
PRE-GRADO	10	X			12	1991	

FORMATO ÚNICO

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ALMEIDA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO NARIÑO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 252830			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	07	Año	2021	Día	26	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PLANEACION					DIRECCIÓN CARRERA 3 E 5 Y 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ACALDIA DE NARIÑO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	01	Año	2021	Día	18	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PLANEACION					DIRECCIÓN CARRERA 3 # CALLE 5						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3612888			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	03	Año	2019	Día	21	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AUDITOR			DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA Y CALIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 20 23 23 sur						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HEON HEALTHON LINE SA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2543570			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	01	Año	2016	Día	18	Mes	07	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA MEDICA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN AVENIDAD CARRERA 45 N 108 -27 TORRE 3						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GESTION ADMINISTRATIVA IAC				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	09	Año	2011	Día	18	Mes	07	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 63 22 39						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3612888			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2011	Día	18	Mes	06	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AUDITOR			DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA Y CALIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 20 23 23 sur						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD IPS FUNDASALUD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7803709			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2010	Día	01	Mes	06	Año	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTORA MEDICA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 77 M 65 A 35 SUR						

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:		Año:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	11

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.

26/05/2023

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS