

48



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rodriguez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Castelblanco		NOMBRES Andrea Julieth	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52816389			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐			NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 16 MES 10 AÑO 1982			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 13 1 74 casa vereda pueblo viejo Cota- Cundinamarca		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C.		
DEPTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		
MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			TELÉFONO 3134825361 EMAIL andrearodriguez101682@gmail.		

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	1999	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
C (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	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	11	2011	09-01434
PREGRADO	9	X		FONOAUDIOLOGIA	11	2005	09-01434

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

OK

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

PÚBLICA
X

PRIVADA

PAÍS
COLOMBIA

DEPARTAMENTO
BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO
BOGOTÁ. D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS
6013849160

FECHA DE INGRESO

FECHA DE RETIRO

Día

01

Mes

02

Año

2024

Día

31

Mes

07

Año

2024

ARGO O CONTRATO ACTUAL
COORDINADOR DE PROYECTO

DEPENDENCIA
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DIRECCIÓN
CALLE 9 39 36

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

PÚBLICA
X

PRIVADA

PAÍS
COLOMBIA

DEPARTAMENTO
BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO
BOGOTÁ. D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS
6013849160

FECHA DE INGRESO

FECHA DE RETIRO

Día

30

Mes

03

Año

2023

Día

31

Mes

01

Año

2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL
COORDINADOR DE PROYECTO

DEPENDENCIA
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DIRECCIÓN
CALLE 9 39 36

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

PÚBLICA
X

PRIVADA

PAÍS
COLOMBIA

DEPARTAMENTO
BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO
BOGOTÁ. D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS
6013849160

FECHA DE INGRESO

FECHA DE RETIRO

Día

01

Mes

02

Año

2023

Día

23

Mes

02

Año

2023

ARGO O CONTRATO ACTUAL
OPS PROFESIONAL ESPECIALIZADO

DEPENDENCIA
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DIRECCIÓN
CALLE 9 39 36

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

PÚBLICA
X

PRIVADA

PAÍS
COLOMBIA

DEPARTAMENTO
BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO
BOGOTÁ. D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS
3013849160

FECHA DE INGRESO

FECHA DE RETIRO

Día

13

Mes

12

Año

2022

Día

31

Mes

01

Año

2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL
COORDINADOR DE CONVENIO

DEPENDENCIA
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DIRECCIÓN
CALLE 9 39 36

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

PÚBLICA
X

PRIVADA

PAÍS
COLOMBIA

DEPARTAMENTO
BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO
BOGOTÁ. D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS
3013849160

FECHA DE INGRESO

FECHA DE RETIRO

Día

15

Mes

01

Año

2022

Día

31

Mes

10

Año

2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL
COORDINADOR DE CONVENIO

DEPENDENCIA
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DIRECCIÓN
CALLE 9 39 36



50

FORMATO ÚNICO

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 SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD													
TELÉFONOS 3013849160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		11	Mes		10	Año		2021	Día		14	Mes		01	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPS PROFESIONAL ESPECIALIZADO			DEPENDENCIA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE 9 39 36												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD													
TELÉFONOS 3013849160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		12	Mes		04	Año		2021	Día		10	Mes		10	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPS PROFESIONAL ESPECIALIZADO			DEPENDENCIA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE 9 39 36												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD													
TELÉFONOS 3013849160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		01	Mes		02	Año		2021	Día		11	Mes		04	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL EN FONOAUDIOLOGIA			DEPENDENCIA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE 9 39 36												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD													
TELÉFONOS 3013849160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		13	Mes		05	Año		2020	Día		31	Mes		01	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL EN FONOAUDIOLOGIA			DEPENDENCIA DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD					DIRECCIÓN CALLE 9 39 36												

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:		
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN												

3

OK

Q



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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	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 Octubre 2024

[Firma]

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.

21/10/24

Ciudad y fecha

[Firma]

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

