



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 23-sep-2026

Fecha Validación: 23-sep-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROMERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MORENO	NOMBRES ASTRID CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53159402	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA MES AÑO PAÍS DEPTO CIUDAD		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO CIUDAD TELEFONO EMAIL

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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller comercial
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES AÑO
											NOVIEMBRE 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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	9	X	FISIOTERAPIA	6 2010	4147
Especialización universitaria	4	X	ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD OCUPACIONAL	6 2010	

Firma electrónica validador: DIANA MARCELA JIMENEZ ROA 23/09/2026 15:17:40

1841692

Documento electrónico: 40b595b2513763e7881795f241c3a968541951d1792506314fe6b00c7993c8af
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 23-sep-2026

Fecha Validación: 23-sep-2026

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD apoyo.secop1@subredsurs.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 2 AÑO 2026		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO REFERENTE PARA EL SEGUIMIENTO DE	DEPENDENCIA prestacion servicios	DIRECCIÓN Cra. 24C #54 SUR-47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SILVA & TANCO ABOGADOS SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD administrativo@silvatancoabogados.com	
TELÉFONOS 3167221091	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 1 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO DIRECTORA DE PROCESOS JUDICIALES	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Carrera 13a 89-53	

Firma electrónica validador: DIANA MARCELA JIMENEZ ROA 23/09/2026 15:17:40

1841692

Documento electrónico: 40b595b2513763e7881795f241c3a968541951d1792506314fe6b00c7993c8af
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 23-sep-2026

Fecha Validación: 23-sep-2026

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 HSE & CONSULTING SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hseconsultingsas@gmail.com	
TELÉFONOS 3175260085	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 1 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Gerente general	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Carrera 13a 89-53	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD EXILASER SA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@exilaser.com	
TELÉFONOS 6217568	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 1 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO GERENTE GENERAL	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN Cra. 16 No. 84A-09	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD MONTAJES JM SA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ingenieria@montajesjm.com	
TELÉFONOS 8966788	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 1 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO COORDINADOR NACIONAL SEGURIDAD	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN kilometro 1.5 vía siberia cota	

Firma electrónica validador: DIANA MARCELA JIMENEZ ROA 23/09/2026 15:17:40

1841692

Documento electrónico: 40b595b2513763e7881795f241c3a968541951d1792506314fe6b00c7993c8af
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 23-sep-2026

Fecha Validación: 23-sep-2026

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	15	6
Pública	0	1
Total	15	6

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. - 23-sep-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ASTRID CAROLINA ROMERO MORENO 23/09/2026 08:59:47
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: DIANA MARCELA JIMENEZ ROA 23/09/2026 15:17:40