



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 02-abr-2025

Fecha Validación: 02-abr-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROJAS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VAN STRAHLEN		NOMBRES MARIA LORENA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1065651623			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> 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 Bachiller Académico			
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/> 11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2008

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Especialización universitaria	12	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO LABORAL ADMINISTRATIVO	12	2017	
Universitaria	12	X		DERECHO	8	2016	289901

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 02/04/2025 13:20:32

1540083

Documento electrónico: d3b2a801e19bdb2a40e303ed1836d03d29d25e7fc1b95ad64590883401f9992 Página 1 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 02-abr-2025

Fecha Validación: 02-abr-2025

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 Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 3 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO DIRECTORA DE CONTRATACIÓN	DEPENDENCIA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	DIRECCIÓN Diagonal 34 # 5-23	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD directoradministrativo@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3023405605	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 8 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 3 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN Carrera 14b No. 1-45	

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 02/04/2025 13:20:32

1540083

Documento electrónico: d3b2a801e19bdb2a40e303ed1836d03d29d25e7fc1b95ad64590883401f9992 Página 2 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 02-abr-2025

Fecha Validación: 02-abr-2025

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 administracionbys@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 7 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO profesional administrativo	DEPENDENCIA direccion de contratacion	DIRECCIÓN Cra 20 No. 47b 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Alcaldía de La Jagua de Ibirico en Cesar	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cesar	MUNICIPIO Valledupar	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD No posee	
TELÉFONOS 5769024	FECHA DE INGRESO DIA 13 MES 2 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Auxiliar Jurídico	DEPENDENCIA Oficina Jurídica	DIRECCIÓN Calle 6 No. 3A-23	

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	0	0
Pública	8	6
Total	8	6

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 02/04/2025 13:20:32

1540083

Documento electrónico: d3b2a801e19bdb2a40e303ed1836d03d29d25e7fc1b95ad64590883401f9992
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 Centro Oriente
E.S.E.

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 02-abr-2025

Fecha Validación: 02-abr-2025

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. - 02-abr-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 02/04/2025 13:08:02

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.

Bogotá; 02 de abril de 2025

Ciudad y fecha


NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 02/04/2025 13:20:32

1540083

Documento electrónico: d3b2a801e19bdb2a40e303ed1836d03d29d25e7fc1b95ad64590883401f9992 Página 4 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente