



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2024

Fecha Validación: 20-sep-2024

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO MARTINEZ | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PAMPLONA | NOMBRES DORA ALICIA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51965970 | 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 13 MES ENE AÑO 1970 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | |

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° | 11° | MES | DICIEMBRE | AÑO | 1988 |

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 | 2 | X | TERAPIA OCUPACIONAL | 3 2021 | LICENCIA COMO SEGURIDAD EN |
| Especialización universitaria | 2 | X | ESPECIALIZACION EN GESTION DE PROYECTOS | 6 2012 | |
| Universitaria | 10 | X | ADMINISTRACION DE EMPRESAS | 6 2009 | 45267 |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 20/09/2024 08:43:59

1394639

Documento electrónico: be403913c545684296607f6f14fe963e603f0b97dfa421ae2f861f66618829b6
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2024

Fecha Validación: 20-sep-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|-------------------------------------|-----------------|-------|
| GESTION DE CALIDAD MODELO ISO 9001:2008 | ICONTEC | 2015 | 128 |
| FORMACION DE AUDITORES INTERNOS | ICONTEC | 2015 | 56 |
| AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA | UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - CENTRO DE | 2006 | 27 |

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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| Capital Salud Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado SAS | | X | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | directoroperativo@capitalsalud.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 3218246314 | DIA 12 MES 10 AÑO 2021 | DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| DIRECTOR DE OPERACIONES | GERENCIA | CRA 69 No 47 -34 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | X | | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | dirtalentohumano@subrednorte.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 2913300 | DIA 20 MES 6 AÑO 2017 | DIA 30 MES 11 AÑO 2020 | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| DIRECTOR OPERATIVO | DIRECCION GESTION DEL TALENTO | Transversal 100 A No. 80 A 50 | |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 20/09/2024 08:43:59

1394639

Documento electrónico: be403913c545684296607f6f14fe963e603f0b97dfa421ae2f861f66618829b6
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2024

Fecha Validación: 20-sep-2024

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 DIAGNOSTICOS E IMAGENES | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD controller@diagnosticoseimagenes.com | |
| TELÉFONOS 6575800 | FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 1 AÑO 2017 | | FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 6 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO GERENTE COMERCIAL | DEPENDENCIA CONTROLLER | DIRECCIÓN Calle 127 No. 16A 27 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---------------------------------|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD solucionescontablesyfinancieras@gmail.com | |
| TELÉFONOS 2879626 | FECHA DE INGRESO DIA 13 MES 5 AÑO 2014 | | FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 1 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO DIRECTOR | DEPENDENCIA GERENCIA | DIRECCIÓN Calle 37 No. 37 37 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD FAMILY HOME CARE | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD familyhomecare@gmail.com | |
| TELÉFONOS 7451416 | FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 5 AÑO 2013 | | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 5 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO DIRECTOR_Gerente encargado | DEPENDENCIA GERENCIA | DIRECCIÓN Avenida Carrera 68 No. 46 14 | |

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 20/09/2024 08:43:59



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2024

Fecha Validación: 20-sep-2024

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 HOSPITAL RAFAEL URIBE | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano@eserafaeluribe.gov.co | |
| TELÉFONOS 2095002 | FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 7 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 4 AÑO 2014 | |
| CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO | DEPENDENCIA TALENTO HUMANO | DIRECCIÓN Carrera 12 D No. 26A 62 sur | |
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS Y ASESORIAS HOSPITAL E SUBA II NIVEL E.S.E. | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano@esesuba.gov.co | |
| TELÉFONOS 3230622 | FECHA DE INGRESO DIA 24 MES 12 AÑO 2009 | FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 9 AÑO 2012 | |
| CARGO O CONTRATO DIRECTOR DE PROCESO GERENCIAL | DEPENDENCIA GERENCIA | DIRECCIÓN Avenida Ciudad de Cali No. 152 00 | |
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD FARMARED | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD logistica@farmared.com.co | |
| TELÉFONOS 2479980 | FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 5 AÑO 2009 | FECHA DE RETIRO DIA 23 MES 12 AÑO 2009 | |
| CARGO O CONTRATO SUBGERENTE | DEPENDENCIA GERENCIA | DIRECCIÓN Calle 5 No. 30A 46 | |

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 20/09/2024 08:43:59

1394639

Documento electrónico: be403913c545684296607f6f14fe963e603f0b97dfa421ae2f861f66618829b6
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2024

Fecha Validación: 20-sep-2024

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 HOSPITAL EL TUNAL | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dir.talentohumano@subredsur.gov.co | |
| TELÉFONOS 7428585 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2008"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2009"/> |
| CARGO O CONTRATO COORDINADOR MERCADEO | DEPENDENCIA GERENCIA | DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47B 35 Sur | |

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 | 10 | 4 |
| Pública | 6 | 2 |
| Total | 15 | 3 |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 20/09/2024 08:43:59

1394639

Documento electrónico: be403913c545684296607f6f14fe963e603f0b97dfa421ae2f861f66618829b6
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 20-sep-2024

Fecha Validación: 20-sep-2024

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. - 20-sep-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DORA ALICIA MARTINEZ PAMPLONA 20/09/2024 08:38:28
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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 20/09/2024 08:43:59

1394639

Documento electrónico: be403913c545684296607f6f14fe963e603f0b97dfa421ae2f861f66618829b6
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 6