

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: 13-may-2025

Fecha Validación: 14-may-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PUERTO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BONILLA	NOMBRES NATHALY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1010188469	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. _____		

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				
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	DICIEMBRE	AÑO	2006

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).

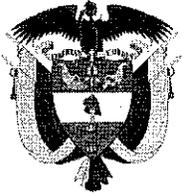
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN PLANEACION, GESTION Y CONTROL DEL DESARROLLO	10	2015	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	7	2013	38660

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 1 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025

Fecha Validación: 14-may-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diseño, ejecución y evaluación de políticas	Escuela Superior de Administración Pública	2024	16
Sistemas de información en Salud	Universidad del Rosario	2024	2
Asesoría y administración de anticoncepción con	Fundación Orientame	2022	60
DIPLOMADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA	FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	2021	150
ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA	SECRETARIA DE SALUD- CDEIS	2021	100
Diplomado Acreditación IPS	SECRETARIA DE SALUD- CDEIS	2021	90
	ICONTEC	2016	104

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
	inglés		X			X			X

3

EXPERIENCIA LABORAL

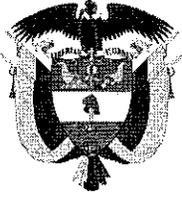
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD rutasintegrales@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 3212409733	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 9 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []	
CARGO O CONTRATO LIDER EN RUTAS INTEGRALES DE	DEPENDENCIA Dirección de Gestión del riesgo	DIRECCIÓN Diagonal 77b #116B-42	

Firma electrónica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 2 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025
Fecha Validación: 14-may-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 Secretaría Distrital De Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dpss.promocionymantenimiento@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Profesional especializado para	DEPENDENCIA Dirección de Provision de Servicios	DIRECCIÓN cra 32 #12-81		

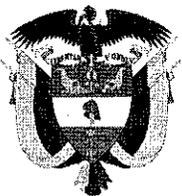
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD Alcaldía Municipal de Cajicá		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cajicá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD riascajica@gmail.com		
TELÉFONOS 3212409733	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 3 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Implementacion de RIAS	DEPENDENCIA Secretaria de Salud	DIRECCIÓN call 2 4 07		

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n1puerto@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 11 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Profesional especializado	DEPENDENCIA Dirección provision de servicios	DIRECCIÓN Cra. 32 #12 - 81		

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 3 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025

Fecha Validación: 14-may-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dpss.promocionymantenimiento@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Profesional especializado	DEPENDENCIA Provision de servicios de salud	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

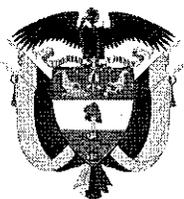
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n1puerto@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649666	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 11 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 2 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Prestar servicios profesionales	DEPENDENCIA Provision de servicios	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD nathalyp.ambulatorios@gmail.com	
TELÉFONOS 3756579	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Profesional especializado I	DEPENDENCIA Direccion Ambulatorios	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 4 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025
Fecha Validación: 14-may-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 Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3753569	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 3 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Profesional especializado - Apoyo	DEPENDENCIA Direccion ambulatorios	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

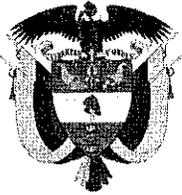
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3753569	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 8 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Profesional en Enfermería con especializado	DEPENDENCIA convenios	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3753569	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO - LIDER	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 5 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025
Fecha Validación: 14-may-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 Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsureoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3753569	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 5 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Lider de PYD - Profesional espeacilizado	DEPENDENCIA Dir. Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

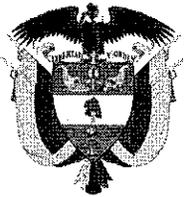
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsureoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3756579	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Profesional especializado	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD : contactenos@subredsureoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3753569	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 9 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Lider PYD Profesional especializado	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 6 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025

Fecha Validación: 14-may-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

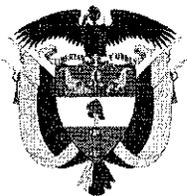
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred integrada de servicios de salud Sur ESE		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7380000	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Profesional Enfermería	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 sur	
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 contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Profesiona Universitario	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 sur	
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 contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 8 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO apoyo profesional especializado como	DEPENDENCIA gestion del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 24C # 54 -47 sur	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 7 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025
Fecha Validación: 14-may-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 contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Apoyo profesional Especializado Como	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN CALLE 67A Sur No. 18C-12	

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 contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO apoyo profesional enfermería	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 24C # 54 -47 sur	

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 contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO apoyo profesional en enfermería	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN CALLE 67A Sur No. 18C-12	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 8 de 9
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 13-may-2025

Fecha Validación: 14-may-2025

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	2
Pública	8	1
Total	8	4

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. - 13-may-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
NATHALY PUERTO BONILLA 13/05/2025 10:37:57
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: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 09:54:20

1554243

Documento electrónico: a3b7085a9af9d90c7228d7b7476b7e7e9b58dee073b8c5527dde14c25733d8fa Página 9 de 9
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

