



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEÑUELA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JIMENEZ	NOMBRES DAVID EDUARDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1018420569	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1018420569 D.M. 02		

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 TÉCNICO CON ESPECIALIDAD	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA). 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
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD: ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL	6 2015	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2011	31691

Firma electronica validador: null

303811

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

Página 1 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO FORMULACION	COSESAM	2023	120
Provisión de empleo público	Comisión nacional del servicio civil	2023	80
Comisión de personal	Comisión nacional del servicio civil	2023	80
Formador de formadores	ESAP	2023	32
Diplomado Coaching Gerencial	Universidad de la Sabana	2020	120
DIPLOMADO EN ACREDITACION DE IPS	ICONTEC	2015	120
CURSO EN TOMA DE CITOLOGIA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	2014	40
PRIMER RESPONDIENTE	SDS	2011	8
DIPLOMADO TRAUMA Y URGENCIAS	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	2011	120
CURSO EN CENTRALES DE ESTELIRIZACION	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	2011	24
SIMPOSIO SEXUALIDAD PRACTICA CLINICA	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	2010	16

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
Superintendencia nacional de salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correointernosns@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017224000	DIA 11 MES 7 AÑO 2022		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional especializado	Delegada para Entidades territoriales y	Carrera 68A N.º 24B - 10	

Firma electronica validador: null

303811

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

Página 2 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 capsboyacareal@gmail.com	
TELÉFONOS 4593044	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 2 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 6 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV	DEPENDENCIA DIRECCION AMBULATORIA	DIRECCIÓN Chapinero	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD BEST HOME CARE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacion@besthomecare.com.co	
TELÉFONOS 3503189970	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 8 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 2 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO COORDINADOR REGIONAL SUR	DEPENDENCIA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN Ac. 26 # 69-76	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD IPS BEST HOME CARE S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@besthomecare.com.co	
TELÉFONOS 3503189970	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 8 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 2 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Coordinador Regional Sur - Gestor Covid	DEPENDENCIA Gerencia prestación de servicios	DIRECCIÓN calle 26 No 69 – 76	

Firma electronica validador: null

303811

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

Página 3 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 programaaltat2018@gmail.com	
TELÉFONOS 3756579	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 10 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUDITOR CONCURRENTE/LIDER	DEPENDENCIA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CENCISALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD y.costilla@cencis.org	
TELÉFONOS 3003279	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 2 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR NACIONAL DE	DEPENDENCIA GERENCIA DE SALUD	DIRECCIÓN Autopista Nte. #114-78	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD AUDIFARMA - IPS ESPECIALIZADA.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6354560	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 2 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO DE COHORTE ALTO COSTO	DEPENDENCIA SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN Autopista Nte. #103-99	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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 VISTA HERMOSA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7300 000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN Calle 67A Sur # 18C-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CIES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD davis.849@hotmail.com	
TELÉFONOS 7428202	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO DOCENTE	DEPENDENCIA DOCENCIA	DIRECCIÓN Avenida Primero de Mayo No 29 – 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7300 000	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 5 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO DE SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN Calle 67A Sur # 18C-12	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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 CONVIDA EPS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD convida@convida.com.co	
TELÉFONOS 4897904	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 5 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 5 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO ENFERMERO REGIONAL DE	DEPENDENCIA GERENCIA TECNICA	DIRECCIÓN Carrera 58 # 9-97	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD JAVESALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@javesalud.com.co	
TELÉFONOS 4897904	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 2 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 5 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO ENFERMERO ASISTENCIAL	DEPENDENCIA SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN CRA 7 # 40 B 11	

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	12	0
Pública	10	10
Total	13	0

Firma electronica validador: null

303811

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

Página 6 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
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: null