

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: 14-may-2025

Fecha Validación: 14-may-2025

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| PRIMER APELLIDO MAHECHA | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BUITRAGO | | NOMBRES ANA MARÍA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51950333 | | | 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 Académico | | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|----------------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | DICIEMBRE | AÑO | 1995 |

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)

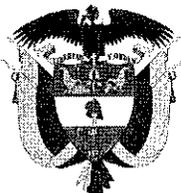
| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|-------------------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| Especialización universitaria | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD | 11 | 2007 | 51950333 |
| Universitaria | 10 | X | | ODONTOLOGIA | 11 | 2003 | 51950333 |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc665275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 8



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.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 14-may-2025

Fecha Validación: 14-may-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

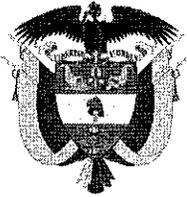
| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--|------------------------------------|-----------------|-------|
| DIPLOMADO ACREDITACION DE IPS | ICONTEC | 2021 | 104 |
| Aplicacion de estandares superiores de calidad | SENA | 2018 | 48 |
| APLICACION DE LINEAMIENTOS DEL MODELO | SENA - ACESI | 2017 | 32 |
| Gestión Integrada de la calidad en salud | ACESI - SENA | 2017 | 112 |
| Desarrollo de competencias Gerenciales | Universidad Sergio Arboleda | 2015 | 80 |
| FORO NACIONAL DE ACREDITACION EN SALUD | ICONTEC | 2014 | 16 |
| SEMINARIO COMO GARANTIZAR EL EXITO A | ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION | 2014 | 8 |
| Sistemas de Gestión de Responsabilidad Social | ICONTEC | 2013 | 84 |
| Sistemas de Gestión Integrados | ICONTEC | 2012 | 100 |
| ENFOQUES Y APLICACION SOBRE LA | VEEDURIA DISTRITAL | 2011 | 8 |
| ENCUENTRO SALUD ORAL | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2011 | 8 |
| AUDITOR INTERNO CALIDAD | ALCALDIA MAYOR | 2011 | 15 |
| AUDITOR INTERNO | ALCALDIA MAYOR | 2011 | 15 |
| Gestión del paciente Programa Paciente Seguro | ICONTEC | 2010 | 92 |
| CURSO RIESGOS OCUPACIONALES EN LOS | HOSPITAL PABLO VI | 2009 | 8 |
| SEMINARIO ENFOQUE DIFERENCIAL EN SALUD | ALCALDIA MAYOR - PROY RAICES | 2009 | 10 |
| CURSO BASICO DE SISTEMA COMANDO DE | CRUZ ROJA | 2009 | 12 |
| CURSO BASES ADMINSTRATIVAS PARA LA | CRUZ ROJA | 2009 | 24 |
| CURSO SEGURIDAD DEL USUARIO | HOSPITAL PABLO VI BOSA | 2008 | 20 |
| TALLER MAPA DE RIESGOS DE LA GESTION | VEEDURIA DISTRITAL | 2008 | 30 |
| AUDITORIA INTERNA EVALUADOR | ALCALDIA MAYOR | 2008 | 20 |
| CURSO ACTUALIZACION EN | SENA | 2008 | 30 |
| Preparación para la Acreditacion de IPS | Universidad Santo Tomas | 2007 | 100 |
| CONGRESO EXPERIENCIAS EXITOSAS ESE | ALCALDIA MAYOR | 2007 | 8 |
| SEMINARIO ACTUALIZACION EN LA REFORMA | UNIVERSIDAD JAVERIANA | 2007 | 16 |
| EMINARIO ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE | HOSPITAL SUBA- ALCALDIA MAYOR | 2007 | 16 |
| DIPLOMADO FORMACION DE | UNIVERSIDAD NACIONAL | 2007 | 120 |
| SEMINARIO LA REFORMA DE LA REFORMA EN | UNIVERSIDAD SANTO TOMAS | 2007 | 16 |
| SEMINARIO GESTION DE LA SALUD PUBLICA | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2006 | 16 |
| ABORDAJE DE LOS COLECTIVOS | UNIVERSIDAD JAVERIANA | 2006 | 20 |
| CURSO DE PROTECCION | HOSPITAL PABLO VI | 2006 | 30 |
| Verificador del cumplimiento de las condiciones de | Universidad Santo Tomas | 2006 | 152 |
| CURSO DE PROFUNDIZACION | FUNDACION FES | 2006 | 103 |
| SEMINARIO ACCIONES BASADAS EN | FUNDACION FES | 2006 | 8 |
| CURSO DE PROFUNDIZACION EN | UNIERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA | 2003 | 40 |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc6b65275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 8



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: 14-may-2025
Fecha Validación: 14-may-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------|-------|
| CURSO CRIMINALISTICA Y CIENCIAS | UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA | 2003 | 40 |

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 dirtalentohumano@subrednorte.gov.co | |
| TELÉFONOS 6014431790 | FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 12 AÑO 2023 | | FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [] |
| CARGO O CONTRATO Director técnico servicios ambulatorios | DEPENDENCIA Sugerencia de servicios de salud | DIRECCIÓN Calle 66 No. 15-41 | |

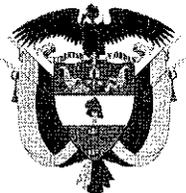
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Capital Salud Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado SAS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD inesyv@capitalsaludgov.co | |
| TELÉFONOS 3265410 | FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2022 | | FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 12 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO Coordinación Nacional de calidad | DEPENDENCIA Dirección medica | DIRECCIÓN Cra 69 No. 47-34 | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc665275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 8



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: 14-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 gseleccion@subredsuoccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 7560505 | FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 4 AÑO 2018 | | FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 5 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO Director de Servicios Ambulatorios | DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios de Salud | 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 gseleccion@subredsuoccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 7560505 | FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 9 AÑO 2017 | | FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 4 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO Lider Promocion y Prevencion | DEPENDENCIA Direccion Gestion del riesgo | DIRECCIÓN calle 9 No 39 46 | |

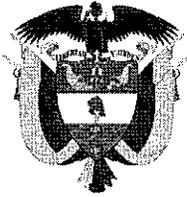
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ops@subredsuoccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 11 AÑO 2016 | | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO Profesional Especializado Gerencia de la | DEPENDENCIA Desarrollo Institucional | DIRECCIÓN Calle 9 No 39-46 | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc665275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 8



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: 14-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

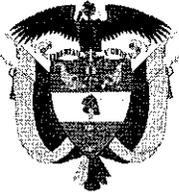
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|---|--|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | PÚBLICA X | PRIVADA |
| | | PAÍS Colombia | |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ops@ubredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 5 AÑO 2015 | | FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO Lider Promoción y Prevención | DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios | DIRECCIÓN Calle 9 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 ops@ubredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2013 | | FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 5 AÑO 2015 |
| CARGO O CONTRATO Lider Gerencia de la Información | DEPENDENCIA Gerencia de la Información | DIRECCIÓN Calle 9 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 ops@ubredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 1 AÑO 2013 | | FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2013 |
| CARGO O CONTRATO Profesional especializado | DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios | DIRECCIÓN Calle 9 39 - 46 | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc6665275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 8



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: 14-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 ops@ubredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 4 AÑO 2012 | | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2012 |
| CARGO O CONTRATO Lider Territorial- Referente PIC-APS | DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios | DIRECCIÓN Calle 9 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 ops@ubredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 7 AÑO 2011 | | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 3 AÑO 2012 |
| CARGO O CONTRATO Lider unidades de servicios de salud | DEPENDENCIA Subgerencia de servicios de salud | DIRECCIÓN Calle 9 39-46 | |

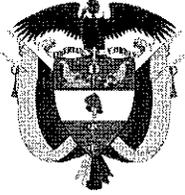
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ops@ubredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3754019 | FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 7 AÑO 2009 | | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2011 |
| CARGO O CONTRATO Lider de proyecto | DEPENDENCIA Subgerencia de servicios de salud | DIRECCIÓN Calle 9 39-46 | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc665275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 8



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: 14-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 correspondencia@hospitalpablovibosa.gov.co | |
| TELÉFONOS 7799800 | FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2006 | | FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2007 |
| CARGO O CONTRATO REFERENTE PROGRAMAS SALUD | DEPENDENCIA SUBGERENCIA DE SERVICIOS | DIRECCIÓN Cra 78A bis no.69B 76 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 | 1 | 3 |
| Pública | 15 | 7 |
| Total | 16 | 10 |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 14/05/2025 10:01:12

1554633

Documento electrónico: dc930eb68f7135bfc6665275b875fdfe6f276a5706c1ca1e19cce30d8694bf13
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 7 de 8



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: 14-may-2025

Fecha Validación: 14-may-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. - 14-may-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ANA MARÍA MAHECHA BUITRAGO 14/05/2025 09:35:00

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 10:01:12