



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VARGAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SOLER	NOMBRES MARTHA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 35420193	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <input type="text"/> <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/> <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/>
PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/>		

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 BASICA											TITULO	Bachiller academico	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO		
1º.	2º.	3º.	4º.	5º.	6º.	7º.	8º.	9º.	10º.	11º.	MES	NOVIEMBRE	AÑO 1993

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 SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO		TERMINACIÓN MES	No. DE TARJETA PROFESIONAL
			O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES		
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR	9	2003	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12	1998	04382

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 29/10/2025 12:42:39

1654109

Documento electrónico: 015b0e48a7f28b2c3f15e22f2721761a130657b90091e9e3ac900f13222ca770 Página 1 de 11
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SG-SST	Universidad Manuela Bletran	2017	40
diplomado avances en medicina tropical	Instituto Pedro Kouri	1999	128

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					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS				
Secretaría Distrital De Salud					X		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					iamoscoso@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
3649090	DIA	6	MES	12	AÑO	2024	DIA		MES		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN					
Profesional Especializado	Subsecretaría de Servicios de Salud y					carrera 32 · 12 81					

EMPLEO O CONTRATO											
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS				
Secretaría Distrital De Salud					X		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
6013649090	DIA	2	MES	8	AÑO	2024	DIA	1	MES		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN					
Profesional Especializado	Subsecretaría de Servicios de Salud y					Carrera 32 · 12 81					

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 29/10/2025 12:42:39

1654109

Documento electrónico: 015b0e48a7f28b2c3f15e22f2721761a130657b90091e9e3ac900f13222ca770
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 11



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6013649090	DIA 29 MES 3 AÑO 2023	DIA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subsecretaria de Servicios de Salud	carrera 32 · 12 81	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	eihurtado@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 20 MES 9 AÑO 2022	DIA 19 MES 3 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subsecretaria de servicios de salud y	Kr 80 bis #7a 15 T2 ap 106	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	mpvargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 9 MES 7 AÑO 2021	DIA 31 MES 8 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subsecretaria de servicios de salud y	Kr 80 bis #7a 15 T2 ap 106	



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	mpvargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 20 MES 5 AÑO 2021	DIA 8 MES 7 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional especializado	Direccion de Calidad de Servicios de Salud	Kr 32 # 12-81	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacionescalidad@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 20 MES 11 AÑO 2020	DIA 19 MES 4 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subdirección de IVC	Kr 32 - 12-80	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredssuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7560505	DIA 1 MES 2 AÑO 2020	DIA 28 MES 9 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	OFICIAN DE CALIDAD	Calle 9 No. 39 - 46	

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 29/10/2025 12:42:39

1654109

Documento electrónico: 015b0e48a7f28b2c3f15e22f2721761a130657b90091e9e3ac900f13222ca770 Página 4 de 11
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SUB RED SUR OCCIDENTE		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@suroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		
CARGO O CONTRATO profesional especializado calidad	DEPENDENCIA oficina de Calidad	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VISION SALUD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciaproyectos@funvisionsalud.org		
TELÉFONOS 3186298694	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>		
CARGO O CONTRATO docente	DEPENDENCIA Proyecto SENA	DIRECCIÓN Kr 15 # 79-46		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co		
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios de Salud	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 sur		



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA 15 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subgerencia de Servicios de Salud	Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 7 MES 4 AÑO 2016	DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subgerencia de Servicios de Salud	Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 12 MES 1 AÑO 2016	DIA 31 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Auditora Asistencial	Subgerencia de servicios de Salud	Carrera 20 # 47B -35 sur	



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 12 MES 1 AÑO 2016	DIA 30 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Dinamizadora de Salud Infantil	Subgerencia de Servicios de Salud	Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 2 MES 1 AÑO 2015	DIA 30 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Dinamizadora de salud infantil	Subgerencia de servicios de salud	Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 20 MES 1 AÑO 2014	DIA 26 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
DINAMIZADORA DEL ENFASIS SALUD	SALUD PUBLICA	Carrera 20 # 47B -35 sur	



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
7300000	DIA <input type="text" value="2"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Apoyo en Acciones de énfasis de Salud	Sub Gerencia de Servicios de Salud		Carrera 20 # 47B -35 sur			

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Subred Sur		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	seleccion@sur.gov.co				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
7300000	DIA <input type="text" value="2"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2017"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Lider Ruralidad	salud Publica		Cra. 20 #35 sur			

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Aqm salud cta		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	seleccion@agm.com.co				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
7423232	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>	DIA <input type="text" value="14"/>	MES <input type="text" value="5"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Coordinadora Pyp regionales	regionales		Cl. 32a ##19-35			



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
CAFAM ARS		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			seleccion@cafam.com.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6468000	DIA <input type="text" value="8"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2005"/>	DIA <input type="text" value="7"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2007"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
enfermera auditora	cuentas medicas			Av Kr 68 # 90 88		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
CAFAM		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			seleccion@cafam.com.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
64680000	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2004"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2005"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Enfermera Auditora	Regimen Subsidiado			Cr 68 # 90-86		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
CAFAM		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			seleccion@cafam.com.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6468000	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2004"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Enfermera Auditora	Regimen Subsidiado			Kr 68 # 96-80		



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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
CAFAM			X	Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			seleccion@cafam.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
6468000	DIA	15	MES	1	AÑO
					2001
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	
Enfermera Auditora	Regimen Subsidiado			Cr68 # 96-80	

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	9	10
Pública	10	7
Total	20	1

Firma electronica validador: HERMELINA GOMEZ GUERRERO 29/10/2025 12:42:39

1654109

Documento electrónico: 015b0e48a7f28b2c3f15e22f2721761a130657b90091e9e3ac900f13222ca770 Página 10 de 11
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSAS 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. - 29-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER 29/10/2025 12:35:24

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