



# 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="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 35420193	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 MES AÑO PAÍS DEPTO CIUDAD		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO CIUDAD TELEFONO EMAIL

## 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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES AÑO
											NOVIEMBRE 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 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 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  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 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

## 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.	lamoscoso@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 6 MES 12 AÑO 2024		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subsecretaria 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 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Subsecretaria de Servicios de Salud y	Carrera 32 · 12 81	

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



# 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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 6013649090	FECHA DE INGRESO DIA 29 MES 3 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subsecretaria de Servicios de Salud	DIRECCIÓN carrera 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 eihurtado@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 9 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 19 MES 3 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subsecretaria de servicios de salud y	DIRECCIÓN Kr 80 bis #7a 15 T2 ap 106	

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 mpvargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 7 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 8 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subsecretaria de servicios de salud y	DIRECCIÓN Kr 80 bis #7a 15 T2 ap 106	

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 3 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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD mpvargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 5 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 7 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Profesional especializado	DEPENDENCIA Direccion de Calidad de Servicios de Salud	DIRECCIÓN Kr 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 contratacionescalidad@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 11 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 4 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subdirección de IVC	DIRECCIÓN kr 32 · 12-80	

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@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 9 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA OFICIAN DE CALIDAD	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

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 4 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 SUB RED SUR OCCIDENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@suroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO porfesional especializado calidad	DEPENDENCIA oficina de Calidad	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VISION SALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciaproyectos@funvisionsalud.org	
TELÉFONOS 3186298694	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 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 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 Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios de Salud	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 sur	

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 5 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
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 Asisitencial	Subgerencia de servicios de Salud	Carrera 20 # 47B -35 sur	

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



# 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 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 12 MES 1 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Dinamizadora de Salud Infantil	DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios de Salud	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 2 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Dinamizadora de salud infantil	DEPENDENCIA Subgerencia de servicios de salud	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 20 MES 1 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO DINAMIZADORA DEL ENFASIS SALUD	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 sur	

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 7 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 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 2 MES 1 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Apoyo en Acciones de énfasis de Salud	DEPENDENCIA Sub Gerencia de Servicios de Salud	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Sur	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@sur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 1 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Lider Ruralidad	DEPENDENCIA salud Publica	DIRECCIÓN Cra. 20 #35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Agm salud cta	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@agm.com.co	
TELÉFONOS 7423232	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 1 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 5 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Coordinadora Pyp regionales	DEPENDENCIA regionales	DIRECCIÓN Cl. 32a ##19-35	

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 8 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 CAFAM ARS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@cafam.com.co	
TELÉFONOS 6468000	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 4 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 4 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO enfermera auditora	DEPENDENCIA cuentas medicas	DIRECCIÓN Av Kr 68 # 90 88	

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

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

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 9 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 CAFAM	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@cafam.com.co	
TELÉFONOS 6468000	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 1 AÑO 2001		FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 7 AÑO 2001
CARGO O CONTRATO Enfermera Auditora	DEPENDENCIA Regimen Subsidiado	DIRECCIÓN 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



# 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 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. - 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

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