



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-jul-2024

Fecha Validación: 22-jul-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BAQUERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BAQUERO	NOMBRES KATTYA MARGARITA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 22466566	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			
											Bachillerato comercial			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1994

### 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	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	6 2009	
Maestría	4	X	MAESTRIA EN EDUCACION	11 2008	
Universitaria	8	X	INSTRUMENTACION QUIRURGICA	11 1998	

Firma electronica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 22/07/2024 11:51:13

1353807

Documento electrónico: 8872e24dd97391d5bf8ee7a7500bc8fd2711e2acf7a6c9de081dd984ad615d41  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-jul-2024

Fecha Validación: 22-jul-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

## 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
español (o castellano)			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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD katymar25@yahoo.com	
TELÉFONOS 3005087922	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Subsecretario de Servicios	DIRECCIÓN Cra 32 No. 12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Personería de Bogotá D.C.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD institucional@personeriabogota.gov.co	
TELÉFONOS 6013820450	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="14"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>
CARGO O CONTRATO Prestación de servicios	DEPENDENCIA Delegada de salud	DIRECCIÓN Carrera 7 No. 21 - 24, Bogotá, D. C.,	

Firma electronica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 22/07/2024 11:51:13

1353807

Documento electrónico: 8872e24dd97391d5bf8ee7a7500bc8fd2711e2acf7a6c9de081dd984ad615d41  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-jul-2024

Fecha Validación: 22-jul-2024

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 Personería de Bogotá D.C.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD institucional@personeriabogota.gov.co	
TELÉFONOS 6013820450	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 7 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Coordinadora de visitas y requerimientos	DEPENDENCIA Personería delegada de salud	DIRECCIÓN Carrera 7 No. 21 - 24, Bogotá, D. C.,	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD NACIONAL A DISTANCIA - UNAD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD thumano.zcbc@unad.edu.co	
TELÉFONOS 6013759500	FECHA DE INGRESO DIA 25 MES 8 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 24 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO DOCENTE HORA CATEDRA	DEPENDENCIA CIENCIAS DE LA SALUD	DIRECCIÓN Calle 53 No. 14 - 39	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 6013305043	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 11 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 8 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO DIRECTOR TECNICO	DEPENDENCIA DESARROLLO DE TALENTO HUMANO EN	DIRECCIÓN Carrera 13 No. 32 - 76	

Firma electrónica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 22/07/2024 11:51:13

1353807

Documento electrónico: 8872e24dd97391d5bf8ee7a7500bc8fd2711e2acf7a6c9de081dd984ad615d41  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-jul-2024

Fecha Validación: 22-jul-2024

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 BIENESTAR IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD raquel.vargas@cecam-ips.com	
TELÉFONOS 6053854379	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>	
CARGO O CONTRATO DIRECTORA DE ATENCION AL USUARIO	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CRA 57 No. 72-107	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD martha.novoa@unisimon.edu.co	
TELÉFONOS 6053185510	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	
CARGO O CONTRATO CONTRATO A TERMINO FIJO	DEPENDENCIA CIENCIAS DE LA SALUD	DIRECCIÓN Carrera 59 No. 59-65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FONDO DE ADAPTACION	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalciudadano@fondoadaptacion.gov.co	
TELÉFONOS 6014325400	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="12"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>	
CARGO O CONTRATO ASESOR 1 EN SALUD	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN Avenida Calle 26 #57-83 · Torre 8 · Piso 8	

Firma electrónica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 22/07/2024 11:51:13

1353807

Documento electrónico: 8872e24dd97391d5bf8ee7a7500bc8fd2711e2acf7a6c9de081dd984ad615d41  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-jul-2024

Fecha Validación: 22-jul-2024

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 ALCALDIA DE BARRAQUILLA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalciudadano@barranquilla.gov.co	
TELÉFONOS 6054010205	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 6 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DIA 12 MES 3 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO Gerente proyectos de salud	DEPENDENCIA Despacho de alcalde - Secretaria de salud	DIRECCIÓN Calle 34 No. 43-31	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD LIBRE SEDE BARRANQUILLA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones_baq@unilibre.edu.co	
TELÉFONOS 3017264660	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 5 AÑO 2001	FECHA DE RETIRO DIA 8 MES 3 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO DOCENTE CATEDRATICA	DEPENDENCIA Ciencias de la salud	DIRECCIÓN Sede Carrera 46 No. 48-170	

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	18	8
Pública	6	2
Total	22	0

Firma electronica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 22/07/2024 11:51:13

1353807

Documento electrónico: 8872e24dd97391d5bf8ee7a7500bc8fd2711e2acf7a6c9de081dd984ad615d41  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-jul-2024

Fecha Validación: 22-jul-2024

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. - 21-jul-2024  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
KATTYA MARGARITA BAQUERO BAQUERO 21/07/2024 16:16:52  
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: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 22/07/2024 11:51:13

1353807

Documento electrónico: 8872e24dd97391d5bf8ee7a7500bc8fd2711e2acf7a6c9de081dd984ad615d41  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 6