



# 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: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-jul-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DIAZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) QUEVEDO	NOMBRES BERTHA SOFIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 40438710	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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> 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 BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JUNIO	AÑO	1996

### 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 ALTA GERENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN	7 2006	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	6 2001	08242

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18

1342494

Documento electrónico: c6dcf3e00aaad87e5974452b7024142cc62ade4ce01b5184d6717a5fd04ba189  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-jul-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ESTRUCTURA DEL ESTADO, DERECHO	ESAP	2021	80
SISTEMAS DE GESTIÓN DE RESPONSABILIDAD	ICONTEC	2021	56
MARKETING DIGITAL 4.0 PARA SECTOR SALUD	SENA -ASALUDPP	2020	40
DIPLOMADO DEL COMPONENTE DE SALUD	UNIVERSIDAD JAVERIANA	2011	120
CURSO ORGANIZACIÓN LOCAL DE LA TALLER IAMI	ALCALDIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE ALCALDIA SAN JOSE DEL GUAVIARE	2005 2004	30 16
DIPLOMADO VIGILANCIA Y CONTROL DE	ESAP	2001	180

## 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 GOBERNACIO DEL GUAVIARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gubernacion@guaviare.com	
TELÉFONOS 0985840113	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 11 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 2 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO SECRETARIA DE SALUD	DEPENDENCIA DESPACHO DEL GOBERNADOR	DIRECCIÓN CRA 24 NO 7 81	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18

1342494

Documento electrónico: c6dcf3e00aaad87e5974452b7024142cc62ade4ce01b5184d6717a5fd04ba189  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-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 GOBERNACION DEL GUAVIARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@guaviare.gov.co	
TELÉFONOS 3183511088	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 2 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 10 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO SECRETARIA DE GOBIERNO	DEPENDENCIA DESPACHO GOBERNADOR	DIRECCIÓN CRA 24 No 7-31	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DEL GUAVIARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gobernacion@guaviare.com	
TELÉFONOS 0985840113	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 5 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 7 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO ASESOR DE DESPACHO DE	DEPENDENCIA DESPACHO DEL GOBERNADOR	DIRECCIÓN CRA 24 No 7 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencias@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 013444484	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 2 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO	DEPENDENCIA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN diagonal 34 No 5-43	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18

1342494

Documento electrónico: c6dcf3e00aaad87e5974452b7024142cc62ade4ce01b5184d6717a5fd04ba189 Página 3 de 7  
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: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-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 GOBERNACION DEL GUAVIARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD administrativa@guaviare.gov.co	
TELÉFONOS 09858401123	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 7 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 13 MES 2 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO SECRETARIA DE GOBIERNO	DEPENDENCIA DESPACHO GOBERNACION	DIRECCIÓN CARRERA 25 NO 7 81 BARRIO 20 DE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE DE PRIMER NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@eseguaviare.gov.co	
TELÉFONOS 5840249	FECHA DE INGRESO DIA 28 MES 4 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 7 NO 23/51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS Y ASESORIAS / HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sya@serviciosy asesorias.com.co	
TELÉFONOS 5243666	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 10 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 12 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO ASISTENTE SUBGERENCIA	DEPENDENCIA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN CARRERA 12 D NO 26A 62 SUR	

Firma electrónica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18

1342494

Documento electrónico: c6dcf3e00aaad87e5974452b7024142cc62ade4ce01b5184d6717a5fd04ba189 Página 4 de 7  
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: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-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 SERVICIOS Y ASESORIAS / HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sya@serviciosyasesorias.com.co	
TELÉFONOS 5243666	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 10 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO COORDINADORA	DEPENDENCIA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN CARRERA 12 D NO 26A 62 SUR	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN JOSE DEL GUAVIARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alcaldiasanjose@gmail.com	
TELÉFONOS 0985840402	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 1 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	DEPENDENCIA DESPACHO DEL ALCALDE	DIRECCIÓN CALLE 8va No 23 87	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COOPCS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coopcscta@hotmail.com	
TELÉFONOS 2173610	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 5 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA PROFESIONAL	DEPENDENCIA SERVICIO DE URGENCIAS	DIRECCIÓN CALLE 12 CARRERA 20 BARRIO LA	

Firma electrónica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18

1342494

Documento electrónico: c6dcf3e00aaad87e5974452b7024142cc62ade4ce01b5184d6717a5fd04ba189 Página 5 de 7  
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: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-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 ENFERMEROS DEL LLANO LTDA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD enfermerosdellano@hotmail.com	
TELÉFONOS 3108693461	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>	
CARGO O CONTRATO GERENTE	DEPENDENCIA JUNTA DE SOCIOS	DIRECCIÓN CRA 24 No 7 60	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE EL RETORNO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO El Retorno	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alcaldia@elretornoguaviare.gov.co	
TELÉFONOS 5840771	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="24"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="24"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO JEFE COORDINADORA PAI	DEPENDENCIA UNIDAD LOCAL DE SALUD	DIRECCIÓN BARRIO EL CENTRO	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Guaviare	MUNICIPIO San José Del Guaviare	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esehsjg@axesat.net	
TELÉFONOS 0985840045	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2002"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>	
CARGO O CONTRATO enfermera de servicio social obligatorio	DEPENDENCIA subgerencia de servios de salud	DIRECCIÓN calle 12 carrera 20 barrio la esperanza	

Firma electrónica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18

1342494

Documento electrónico: c6dcf3e00aaad87e5974452b7024142cc62ade4ce01b5184d6717a5fd04ba189 Página 6 de 7  
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: 08-jul-2024

Fecha Validación: 23-jul-2024

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	4	2
Pública	17	0
Total	20	7

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. - 08-jul-2024

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO 08/07/2024 20:07:22

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.

Bogotá  
Ciudad y fecha

31-07-24

[Firma]  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 23/07/2024 11:37:18