



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARROS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CADENA		NOMBRES MARIANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51938564			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	NOVIEMBRE	AÑO	1986

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	
Universitaria	11	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	10	2003	29222
Especialización universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD: ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL	7	1997	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	7	1991	4354

Firma electrónica validador: null

318251

Documento electrónico: null
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)

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
GERENCIA Y GESTIÓN ESTRATÉGICA EN	UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	2011	204
GERENCIA ESTRATEGICA DE MERCADEO Y	UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	2006	170

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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD mbarros@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 6013649090	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 9 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Contrato No 6759822	DEPENDENCIA Subsecretaria de servicios de salud y	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Ministerio de Salud y Protección Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 6013305043	FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 12 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 8 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Asesor Código 1020 Grado 16	DEPENDENCIA Viceministerio de Salud Pública y Prestación	DIRECCIÓN Carrera 13 No. 32-76 piso 22, Bogotá	

Firma electronica validador: null

318251

Documento electrónico: null
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)

Hoja de vida sin validar



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 Superintendencia Nacional de Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correointernosns@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS 6017442000	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 9 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DIA 2 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado, Código 2028,	DEPENDENCIA Dirección de Inspección y Vigilancia para	DIRECCIÓN Cra 68A 24B 10, T. 3, Pisos 4, 9,10 Edif.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD DETAL S.A. (Droguerías Acuña)	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD secretaria.gerencia@detal.com.co	
TELÉFONOS 6012835959	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 10 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 2 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Gerente de Compras y Mercadeo	DEPENDENCIA Gerencia General	DIRECCIÓN Calle 19 10 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Aliansalud EPS (Colmedica)	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD oficinavirtual@aliansalud.com.co	
TELÉFONOS 6013147730	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 11 AÑO 2001		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO Profesional de Gestión	DEPENDENCIA Vicepresidencia Médica	DIRECCIÓN Cile 63 28 76	

Firma electronica validador: null

318251

Documento electrónico: null
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)

Hoja de vida sin validar



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 ESIMED (Estudios e inversiones médicas s.a.)	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD grupomedplus@medplus.com.co	
TELÉFONOS 6017420101	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 5 AÑO 2000	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 8 AÑO 2001	
CARGO O CONTRATO Directora CAFIS zona centro	DEPENDENCIA Gerencia Regional Bogotá	DIRECCIÓN Cra 14 93B - 15	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD grupomedplus@medplus.com.co	
TELÉFONOS 6017420101	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 12 AÑO 1993	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 8 AÑO 2001	
CARGO O CONTRATO Director Zonal Café	DEPENDENCIA Gerencia Regional Bogotá	DIRECCIÓN Cra 14 93B - 15	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Departamento Administrativo de Salud del Atlántico-DASALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalciudadano@atlantico.gov.co	
TELÉFONOS 6053307000	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 3 AÑO 1992	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 1993	
CARGO O CONTRATO Servicio Social Obligatorio	DEPENDENCIA Hospital Mental de Barranquilla	DIRECCIÓN CL 40 45 46	

Firma electrónica validador: null

318251

Documento electrónico: null
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)

Hoja de vida sin validar



3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Gobernación Depto Archipiélago de San Andres, Providencia y SC	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Archipiélago de San Andrés, Providencia y	<i>MUNICIPIO</i> San Andrés		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> servicioalciudadano@sanandres.gov.co
<i>TELÉFONOS</i> 5785130801	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 19 MES 12 AÑO 1991		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 17 MES 3 AÑO 1992
<i>CARGO O CONTRATO</i> Enfermera Rural	<i>DEPENDENCIA</i> Hospital de San Andrés	<i>DIRECCIÓN</i> Avenida Francisco Newball No. 6-30, Edificio	

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	20	9
Pública	8	10
Total	29	8

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

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