



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 01-mar-2023

1

DATOS PERSONALES

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO BERMUDEZ | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRÍGUEZ | NOMBRES MARÍA ESTHER |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 56076770 | 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 3 MES DIC AÑO 1978 PAÍS Colombia DEPTO La Guajira CIUDAD San Juan Del Cesar | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 103B 152C 12 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3006742249 EMAIL mebrodriguez381@gmail.com |

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 ACADEMICO |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|-----|----------------|---------------------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO | |
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º | MES | DICIEMBRE |
| | | | | | | | | | | | AÑO | 1996 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| PROGRAMACIÓN Y ANÁLISIS DE SISTEMAS | POLITÉCNICO CENTRAL | 1998 | 1020 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

sideap_{2.0}

Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 01-mar-2023

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co | |
| TELÉFONOS 6583030 | FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 12 AÑO 2021 | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO Técnico de Sistemas | DEPENDENCIA Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) | DIRECCIÓN KR 54 67 BIS 40 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MÉDICA ORTEGÓN | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD elortegonrojas@gmail.com | |
| TELÉFONOS 03126216713118097835 | FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 2 AÑO 2019 | | FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 3 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO Técnico Sistemas - Administración H.C. | DEPENDENCIA Facturación - Administrativa | DIRECCIÓN KR 56 # 4D - 17 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD PERCOS S.A. | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD recursoshumanos@percos.com | |
| TELÉFONOS 6185855 | FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 1 AÑO 2004 | | FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 6 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO Representante de Ventas | DEPENDENCIA Área Comercial | DIRECCIÓN KR 19A # 90 - 13 | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

sideap^{2.0}

Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 01-mar-2023

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 | 15 | 5 |
| Pública | 1 | 2 |
| Total | 16 | 7 |

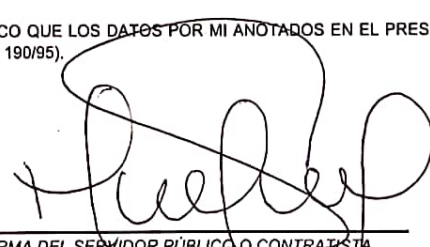
5

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. - 27-feb-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento


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