



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: 16-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONTENEGRO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTENEGRO	NOMBRES ROS MERY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 21147546	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 20 MES ENE AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Chocontá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 79 A 16 F 09 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3192698523 EMAIL rosmontenegro823@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 académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE	AÑO 1998

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 (DÓCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	10	X	LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL	6 2016	21147546

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar de enfermería	INFODEC	2016	1800



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: 16-abr-2023
Fecha Validación: 20-abr-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE Hospital Divino Salvador de Sopo		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Sopó	hospitalsopo@hospitalsopo.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8571313	DÍA 23 MES 8 AÑO 2021		DÍA 31 MES 8 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contrato 755 de 2021	Bloque comunitario	cra 4 5 89	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE Hospital Divino Salvador de Sopo	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Sopó	hospitalsopo@hospitalsopo.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8571313	DÍA 1 MES 4 AÑO 2021		DÍA 31 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contrato 353 de 2021	Bloque Comunitario	Carrera 4 5 89	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael de Caqueza	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Cáqueza	gerencia@hospitalcaqueza.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3182341667	DÍA 13 MES 7 AÑO 2020		DÍA 12 MES 9 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contrato 989 de 2020	Bloque Comunitario	Av 5 n 5 80	



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: 16-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

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 Hospital San Martín de Porres Choconta	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Chocontá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@hospitalsanmartindeporeschoconta.gov.	
TELÉFONOS 8561301	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 4 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 9 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Contrato 296 de 2019	DEPENDENCIA Bloque comunitario	DIRECCIÓN carrera 4 N° 8-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Martín de Porres Choconta	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Chocontá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@hospitalsanmartindeporeschoconta.gov.	
TELÉFONOS 8561301	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 8 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Contrato 516 de 2018	DEPENDENCIA Bloque Comunitario	DIRECCIÓN carrera 4 N° 8-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Martín de Porres Choconta	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Chocontá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@hospitalsanmartindeporeschoconta.gov.	
TELÉFONOS 8561301	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Contrato 248 de 2018	DEPENDENCIA Bloque Comunitario	DIRECCIÓN carrera 4 N° 8-12	



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: 16-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

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
hospital san martin de porres choconta	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Chocontá	contactenos@hospital-sanmartin-de-porres-choconta.gov	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8561301	DÍA 1 MES 10 AÑO 2017		DÍA 30 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contrato 890 de 2017	Bloque comunitario	carrera 4 N° 8-12	

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	0	4
Pública	1	6
Total	1	10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 100 de 1995, 489 y 443 de 1990)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

5

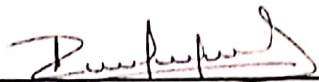
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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 100/95).

Bogotá D.C. - 16-abr-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