



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.



Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VALCÁRCEL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CUBIDES	NOMBRES ESMINDA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1000061255	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 16 MES DIC AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 51 a N° 127-52 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3039102 EMAIL valcarcel1990240@hotmail.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					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	2007	

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
Universitaria	12	X	MEDICINA	7 2015	1000061255

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE	QUIRÓN ENTRENAMIENTO EN SALUD	2021	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	QUIRÓN ENTRENAMIENTO EN SALUD	2021	48

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 23:03:51

1424774

Documento electrónico: fc3574df849a0119bde291aa48d6bc46f8f85fd3de6e8199c574c70072b89c30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



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.



Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIATRICO	QUIRÓN ENTRENAMIENTO EN SALUD	2021	43
SOPORTE VITAL BASICO	QUIRÓN ENTRENAMIENTO EN SALUD	2021	48

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 CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR	PÚBLICA 	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD auxiliarnomina@clinicamedicentrofamiliar.com	
TELÉFONOS 3246392300	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 12 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 11 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO MEDICO HOSPITALARIO	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS	DIRECCIÓN Calle 20 No. 98 – 62 / 72	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA 	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD buzonjudicial@sdp.gov.co	
TELÉFONOS 3078181	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 2 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 27 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN Diagonal 39 SUR # 3-20 ESTE	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 23:03:51

1424774

Documento electrónico: fc3574df849a0119bde291aa48d6bc46f8f85fd3de6e8199c574c70072b89c30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



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.



Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación: 27-dic-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 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 gerencia@esesimonbolivar.gov.co	
TELÉFONOS 6732600	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 1 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 5 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN Cl. 165 #7-06	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 7 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 5 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO MÉDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN cll 9 N 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital El Tunal	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 4852540	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO MÉDICO HOSPITALARIO URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN Transversal 44 No. 51 B - 16 Su	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 23:03:51

1424774

Documento electrónico: fc3574df849a0119bde291aa48d6bc46f8f85fd3de6e8199c574c70072b89c30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



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.



Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación: 27-dic-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 Hospital Engativá	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 2913300	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 8 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MÉDICO RURAL	DEPENDENCIA URGENCIAS - HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Tv. 100a #80a-50	

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	1	10
Pública	6	11
Total	8	5



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.



Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI X 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-nov-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ESMINDA VALCÁRCEL CUBIDES 21/11/2024 17:19:05
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