



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: 19-nov-2024

Fecha Validación: 05-dic-2024

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VIZCAINO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BEJARANO	NOMBRES ADRIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 52800914	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 6 MES DIC AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 95 No. 71 75 TO 2 APTO 1204 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5162017 EMAIL marvibe1980@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				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1997	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Maestría	4	X		MAESTRIA EN ADMINISTRACION		5	2024	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN FINANZAS		8	2008	
Universitaria	10	X		CONTADURIA PUBLICA		12	2003	101719T

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 05/12/2024 14:16:15



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: 19-nov-2024

Fecha Validación: 05-dic-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO EN FORMACION EN INSOLVENCIA	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2017	120
DIPLOMADO EN GERENCIA DE PROYECTOS	CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA	2008	107

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cps.contratacion.lider@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DIA 18 MES 5 AÑO 2020		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Administrativo	Cartera	cra 61B # 52A sur 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cartera@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DIA 13 MES 11 AÑO 2018		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
REFERENTE DE CARTERA Y CUENTAS	DIRECCION FINANCIERA	CALLE 66 15 41	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 05/12/2024 14:16:15

1423468

Documento electrónico: 64833efd7b8b7c2afe88783c2c798e3b96846b8edce11c4dc12504e6cb448352
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



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: 19-nov-2024

Fecha Validación: 05-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 SAN CRISTOBAL I NIVEL E. S. E.		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD costos@esesancristobal.gov.co		
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 7 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO Lider proceso de costos	DEPENDENCIA Financiera		DIRECCIÓN calle 22 Sur No. 8A 58		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD CONCENTRADOS CRESTA ROJA S. A.		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD vizcainom@alimentosccr.com		
TELÉFONOS 8643385	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 1 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 3 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO COORDINADORA FINANCIERA	DEPENDENCIA FINANCIERA		DIRECCIÓN KM 4 AUTOPISTA MEDELLIN		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E. S. E.		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD costos@esevistahermosa.gov.co		
TELÉFONOS 7333333	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2002		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2007		
CARGO O CONTRATO Lider proceso de costos	DEPENDENCIA Planeacion		DIRECCIÓN Calle 67A Sur No. 18C 12		

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 05/12/2024 14:16:15

1423468

Documento electrónico: 64833efd7b8b7c2afe88783c2c798e3b96846b8edce11c4dc12504e6cb448352
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



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: 19-nov-2024

Fecha Validación: 05-dic-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	9	2
Pública	19	10
Total	19	10

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. - 19-nov-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO 19/11/2024 18:11:17
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

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 05/12/2024 14:16:15

1423468

Documento electrónico: 64833efd7b8b7c2afe88783c2c798e3b96846b8edce11c4dc12504e6cb448352
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4