



# 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: 07-ene-2025

Fecha Validación: 07-ene-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GOMEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) APARICIO	NOMBRES ADRIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51958497	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 17 MES JUN AÑO 1967 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AK 19 128 B 66 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3125505050 EMAIL adrigoa17@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES NOVIEMBRE AÑO 1984

### 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
Especialización médico	6	X	ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	8 1999	1993
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 1991	1993

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 07/01/2025 21:51:18

1464151

Documento electrónico: 1e996481a43c93cd5f732216a718898e36888f845e37c5f32c8fa6c528b9ac7c  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 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: 07-ene-2025

Fecha Validación: 07-ene-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
GESTION OPERATIVA DE LA DONACION	ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE	2024	40
ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE	ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE	2024	40
MANEJO DEL DUELO	ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE	2024	40
ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE	ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE	2024	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE	2024	40
soporte vital avanzado acs	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2022	48
VICTIMAS DE VIOLENCIA	CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD	2021	60
SOPORTE VIR¿TAL AVANZADO	CENTRO DE ENTRENAMIOENTO EN SALUD	2021	60

## 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
inglés		X				X		X	

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 Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsuroccidente@gmail.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3106804649	DIA 27 MES 4 AÑO 2023		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	INTERNISTA	HOSPITAL DE KENNEDY	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 07/01/2025 21:51:18

1464151

Documento electrónico: 1e996481a43c93cd5f732216a718898e36888f845e37c5f32c8fa6c528b9ac7c  
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: 07-ene-2025

Fecha Validación: 07-ene-2025

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 COLSANITAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD jefamartinez@colsanitas.com	
TELÉFONOS 3106033680	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	DEPENDENCIA CUIDADO INTENSIVO	DIRECCIÓN CLINICA REINA SOFIA	

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 subredsuroccidente@gmail.gov.co	
TELÉFONOS 3108561680	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN HOSPITAL DE KENNEDY	

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	2	8
Pública	5	6
Total	6	7

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 07/01/2025 21:51:18

1464151

Documento electrónico: 1e996481a43c93cd5f732216a718898e36888f845e37c5f32c8fa6c528b9ac7c  
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: 07-ene-2025

Fecha Validación: 07-ene-2025

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. - 07-ene-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
ADRIANA GOMEZ APARICIO 07/01/2025 18:58:30  
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