



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VARGAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARTINEZ	NOMBRES MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52934837	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES SEP AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DG 115 45 92 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3225784 EMAIL psicomarcevargas@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 academico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES NOVIEMBRE AÑO 2001

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 universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	9 2012	
Universitaria	10	X	PSICOLOGIA	7 2008	52934837

Firma electronica validador: MARIA FERNANDA GOMEZ MONTERO 21/03/2025 13:38:26

1534836

Documento electrónico: 14ba49cf91dc5c63415d5d1881636cfe9acee7a2ffc37fadccfaf6c3463cd92
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
GMHAT Entrenamiento en Salud Mental	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	2020	40
Formación de verificadores de las condiciones de h	universidad santo tomas	2012	150

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
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	m2vargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 19 MES 12 AÑO 2024		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Provision de servicios	Carrera 32 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	m2vargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 12 MES 8 AÑO 2024		DIA 11 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Dirección Provisión de Servicios de Salud	CRA 32#12-81	

Firma electronica validador: MARIA FERNANDA GOMEZ MONTERO 21/03/2025 13:38:26

1534836

Documento electrónico: 14ba49cf91dc5c63415d5d1881636cfe9acee7a2ffc37fadccfaf6c3463cd92
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD M2vargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 4 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA Dirección Provisión de Servicios de Salud	DIRECCIÓN CRA 32 #12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD m2vargas@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 11 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 2 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Dirección de Provisión de Servicios	DIRECCIÓN Cra 32 12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 6013649090	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 5 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA DIRECCION DE PROVISION DE	DIRECCIÓN Carrera 32 12-20	

Firma electronica validador: MARIA FERNANDA GOMEZ MONTERO 21/03/2025 13:38:26

1534836

Documento electrónico: 14ba49cf91dc5c63415d5d1881636cfe9acee7a2ffc37fadccfaf6c3463cd92
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 6013649090	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 12 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 4 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA PROVISION DE SERVICIOS EN SALUD	DIRECCIÓN KR 32 12 81	

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 SUBRED INTEGRADA SUROCCIDENTE	
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 9 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA ESPECIALISTA	DEPENDENCIA GESTION DELRIESGO	DIRECCIÓN LINEA PSICOACTIVA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD subred integrada de servicios de salud sur E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 7 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO PSICOLOGA	DEPENDENCIA GESTION DEL RIESGO	DIRECCIÓN CARRERA 20 47B 35 SUR	

Firma electronica validador: MARIA FERNANDA GOMEZ MONTERO 21/03/2025 13:38:26

1534836

Documento electrónico: 14ba49cf91dc5c63415d5d1881636cfe9acee7a2ffc37fadccfaf6c3463cd92
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-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 subred integrada de servicios en salud sur	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 3 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO profesional especializado	DEPENDENCIA gestión del riesgo	DIRECCIÓN carra	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 74285858	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CARRERA 20 47B35SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 7 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 10 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN contacenos@subredsur.gov.co	

Firma electronica validador: MARIA FERNANDA GOMEZ MONTERO 21/03/2025 13:38:26

1534836

Documento electrónico: 14ba49cf91dc5c63415d5d1881636cfe9acee7a2ffc37fadccfaf6c3463cd92
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-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 subred integrada de servicios en salud sur E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 8 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL PSICOLOGIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CARRERA 20 47 B 35 SUR	

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	0
Pública	9	11
Total	9	11



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 21-mar-2025

Fecha Validación: 21-mar-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. - 21-mar-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
MARCELA VARGAS MARTINEZ 21/03/2025 13:29:49
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.

Bogotá D.C., 2 de abril de 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Handwritten signature