



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANCHEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BENAVIDES	NOMBRES CATHERIN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1032368478	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 14 MES AGO AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA c/l 48 B SUR 27 35 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3502174972 EMAIL catalu65@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 basico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/> 11°	MES NOVIEMBRE	AÑO 2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURADO 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	10	X	ADMINISTRACION DE EMPRESAS AGROINDUSTRIALES	12 2012	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURADO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ANALISIS DE CARTERA Y GLOSAS DE	SENA	2018	440

Firma electronica validador: NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ 15/04/2025 14:42:07

1545375

Documento electrónico: 38816c442f5bd97ac6b8d79ff2e8515ee6cdfef7e57532af51d3341e97f2bc30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-2025

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 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 liderfacturacion@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 3 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Tecnólogo administrativo I	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN cra 59 14-44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FAMISANAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ysarmiento@famisanar.com.co	
TELÉFONOS 6500200	FECHA DE INGRESO DIA 23 MES 12 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 19 MES 2 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO ANALISTA DE CONCILIACIONES	DEPENDENCIA CONCILIACIONES	DIRECCIÓN GERENCIA DE OPERACIONES	

Firma electronica validador: NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ 15/04/2025 14:42:07

1545375

Documento electrónico: 38816c442f5bd97ac6b8d79ff2e8515ee6cdfef7e57532af51d3341e97f2bc30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-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	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.	liderglosasdevoluciones@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3013810285	DIA 1 MES 2 AÑO 2024		DIA 1 MES 1 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Tecnólogo administrativo I	GLOSAS Y DEVOLUCIONES	CALLE9 39-46	

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.	liderglosasdevoluciones@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3013810285	DIA 1 MES 2 AÑO 2023		DIA 31 MES 1 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO ADMINISTRATIVO II	GLOSAS Y DEVOLUCIONES	CALLE9 39-46	

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.	liderglosasdevoluciones@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3013810285	DIA 1 MES 2 AÑO 2022		DIA 31 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO ADMINISTRATIVO II	GLOSAS Y DEVOLUCIONES	CALLE9 39-46	

Firma electronica validador: NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ 15/04/2025 14:42:07

1545375

Documento electrónico: 38816c442f5bd97ac6b8d79ff2e8515ee6cdfef7e57532af51d3341e97f2bc30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-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 de Salud Sur Occidente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD liderfacturacion@subredsuroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO APOYO ADMINISTRATIVO II	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN CALLE9 39-46		

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 liderglosasdevoluciones@subredsuroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO APOYO ADMINISTRATIVO II	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN CALLE9 39-46		

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 liderglosasdevoluciones@subredsuroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO APOYO ADMINISTRATIVO II	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN CALLE9 39-46		

Firma electronica validador: NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ 15/04/2025 14:42:07

1545375

Documento electrónico: 38816c442f5bd97ac6b8d79ff2e8515ee6cdfef7e57532af51d3341e97f2bc30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR OCCIDENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	liderglosasdevoluciones@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 4 MES 7 AÑO 2017		DIA 31 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Tecnólogo administrativo I	GLOSAS Y DEVOLUCIONES	cra 59 14-44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PROFEX SD		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coordinacion.profex@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8052143	DIA 26 MES 5 AÑO 2016		DIA 22 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS	FACTURACION	CI 60 A Sur 74 10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MEISEN II NICEL ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7693131	DIA 1 MES 10 AÑO 2015		DIA 3 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CAJERA	TESORERIA	Cr18 B 60 G-36 Sur	

Firma electronica validador: NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ 15/04/2025 14:42:07

1545375

Documento electrónico: 38816c442f5bd97ac6b8d79ff2e8515ee6cdfef7e57532af51d3341e97f2bc30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-2025

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	10
Pública	7	9
Total	8	8

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. - 15-abr-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CATHERIN SANCHEZ BENAVIDES 15/04/2025 09:30:40
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.

Bogota, 08 de mayo del 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ 15/04/2025 14:42:07

VALENTINA CIFUENTES MUÑOZ

VALENTINA CIFUENTES MUÑOZ

1545375

Documento electrónico: 38816c442f5bd97ac6b8d79ff2e8515ee6cdfef7e57532af51d3341e97f2bc30
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 6