



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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 31-jul-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MOJICA	NOMBRES ADRIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 23351388	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 5 MES ENE AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Boavita		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 20 NO. 20A 85 INT 1 APTO 302 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Mosquera TELEFONO 8952961 EMAIL admar06@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 BASICA											TITULO BACHILLER COMERCIAL				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	1995

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	ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA FINANCIERA	12 2021	
Universitaria	10	X	INGENIERIA DE TELECOMUNICACIONES	4 2010	CN290-74109

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 31/07/2025 08:45:21

1600596

Documento electrónico: 5353b3b13060e3095bc5bf15d64749815af50e9c48212e69905c929549475ca8
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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 31-jul-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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 Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	apoyoaph@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2950505	DIA 17 MES 12 AÑO 2021		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	DIRECCION DE URGENCIAS	CL 10 No.86-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	facturacioncarteraglosas2@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2950505	DIA 1 MES 6 AÑO 2016		DIA 16 MES 12 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	DIRECCION FINANCIERA	CALLE 9 NO. 39-46	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 31/07/2025 08:45:21

1600596

Documento electrónico: 5353b3b13060e3095bc5bf15d64749815af50e9c48212e69905c929549475ca8
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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 31-jul-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 HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2956333	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y	DEPENDENCIA SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN CALL 48 NO.73-55	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3200368	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 1 AÑO 2004	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 1 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO Apoyo técnico área Facturación	DEPENDENCIA SUBGERENCIA FINANCIERA	DIRECCIÓN calle 20 no. 8a-22	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL BOSA II NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7801950	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 7 AÑO 1999	FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 12 AÑO 2003	
CARGO O CONTRATO APOYO FACTURACION	DEPENDENCIA SUBGERENCIA FINANCIERA	DIRECCIÓN CALLE 60 A NO.88D-44S	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 31/07/2025 08:45:21

1600596

Documento electrónico: 5353b3b13060e3095bc5bf15d64749815af50e9c48212e69905c929549475ca8
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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 31-jul-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	0
Pública	25	5
Total	25	5

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. - 30-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ADRIANA MARTINEZ MOJICA 30/07/2025 20:19:07

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 31/07/2025 08:45:21

1600596

Documento electrónico: 5353b3b13060e3095bc5bf15d64749815af50e9c48212e69905c929549475ca8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4