



# 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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>TRIVIÑO                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CORTES                           | NOMBRES<br>MARCELA                                                                                                                                         |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52732383 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                      |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.                                 |                                                                    |                                                                                                                                                            |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 5 MES ENE AÑO 1983<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 22 B BIS 12 53<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4701664<br>EMAIL soultc_33@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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO BACHILLER ACADEMICO |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|----------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO             |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                        | DICIEMBRE |  | AÑO | 2001 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO            | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN          | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|
| TECNICO LABORAL EN AUXILIAR | CENTRO EDUCATIVO SAN PABLO (CESP) | 2022            | 1000  |

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 29/08/2025 09:23:03

1612243

Documento electrónico: 0f87c8ce50c10948185d393662cbe25f948c46be5ff72cbdd4e40fda2b88e9dd  
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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-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                                            | PÚBLICA              | PRIVADA                                       | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                    |                                               | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                       |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.          | certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO     |                                               | FECHA DE RETIRO       |
| 3282828                                                      | DIA 2 MES 1 AÑO 2025 |                                               | DIA 31 MES 3 AÑO 2025 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                     |                       |
| enlace operativo direccion enfermeria                        | direccion enfermeria | vra 14 b 1- 45 sur                            |                       |

| EMPLEO O CONTRATO                                            |                      |                                               |                        |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                            | PÚBLICA              | PRIVADA                                       | PAÍS                   |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                    |                                               | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                        |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.          | certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co |                        |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO     |                                               | FECHA DE RETIRO        |
| 3282828                                                      | DIA 1 MES 2 AÑO 2024 |                                               | DIA 31 MES 12 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                     |                        |
| enlace operativo direccion enfermeria                        | direccion enfermeria | KR 14 B 1 45 SUR                              |                        |

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 29/08/2025 09:23:03

1612243

Documento electrónico: 0f87c8ce50c10948185d393662cbe25f948c46be5ff72cbdd4e40fda2b88e9dd  
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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                                     | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                       | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>enlaceopenfermeria@subredcentrooriente.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3282828                                                              | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 3 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 1 AÑO 2024                                    |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>enlace                                                        | DEPENDENCIA<br>direccion hospitalaria     | DIRECCIÓN<br>cra 34 # 5 -43                                                 |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                           |                                          |                                                       |                  |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ANTRAX JEANS           | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                 | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>antraxjeans@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3209953958                     | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 5 MES 2 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 28 MES 11 AÑO 2022             |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO | DEPENDENCIA<br>TALENTO HUMANO            | DIRECCIÓN<br>Cra 27 No. 42-58                         |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                |                                           |                                                |                  |
|----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MAFRED LTDA | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ventas@mafred.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3003498072          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 2 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 12 AÑO 2019      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>SECRETARIA   | DEPENDENCIA<br>TALENTO HUMANO             | DIRECCIÓN<br>Calle 22 b BIS No. 12-41          |                  |

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 29/08/2025 09:23:03

1612243

Documento electrónico: 0f87c8ce50c10948185d393662cbe25f948c46be5ff72cbdd4e40fda2b88e9dd  
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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-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   | 5                     | 9     |
| Pública   | 2                     | 0     |
| Total     | 7                     | 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. - 28-ago-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
MARCELA TRIVIÑO CORTES 28/08/2025 09:13:10  
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: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 29/08/2025 09:23:03

1612243

Documento electrónico: 0f87c8ce50c10948185d393662cbe25f948c46be5ff72cbdd4e40fda2b88e9dd  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4