



# 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: 18-nov-2025

Fecha Validación: 19-nov-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CEPEDA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES MARTHA MILENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52241966	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 30 MES ABR AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 58 Sur 43-51 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3143415740 EMAIL martamile77@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      Bachiller			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1987

### 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
Formación técnica	5	X	TECNICA PROFESIONAL EN ENFERMERIA	9 1998	52241966

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO AVANSADO RCP	FUNSE	2027	120
VICTIMAS DE QUEMADURAS POR AGENTES	FUNSE	2027	48

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 19/11/2025 15:59:59

1669857

Documento electrónico: 621c9164411afcd5806034568adabf55958df7bcb37d9264c5a80c8c3569c522  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



# 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: 18-nov-2025

Fecha Validación: 19-nov-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DUELO CON ENFASIS EN TERAPIA EMOSIONAL	FUNSE	2027	48
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	FUNSE	2027	80
LABORATORIO CLINICO	FUNSE	2027	48

## 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.	martamile77@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6015551347	DIA 12 MES 12 AÑO 2024		DIA  MES  AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PAI	CL 58 SUR 43 51	

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.	Subred suroccidental gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3849160	DIA 20 MES 10 AÑO 2024		DIA 1 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de enfermería	Vacunacion	Call19A34 94	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 19/11/2025 15:59:59



# 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: 18-nov-2025

Fecha Validación: 19-nov-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.	Subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3682246	DIA 1 MES 2 AÑO 2024		DIA 15 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de enfermería	Programas	Calle 19 a 34 94	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Sur Occidente	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	registrosuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3754019	DIA 11 MES 11 AÑO 2017		DIA 31 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Prestación de servicios	Dependencia PAI	Calle 9 # 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3499080	DIA 4 MES 4 AÑO 2017		DIA 30 MES 9 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Ninguno	Gastroenterología	Calle 66 No. 15-41	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 19/11/2025 15:59:59

1669857

Documento electrónico: 621c9164411afcd5806034568adabf55958df7bcb37d9264c5a80c8c3569c522  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



# 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: 18-nov-2025

Fecha Validación: 19-nov-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 vista hermosa III Nivel	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7300 000	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 6 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Ninguno	DEPENDENCIA Vacunación PAI	DIRECCIÓN Calle 67A Sur # 18C-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Centro de enfermeras bienestar y salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 408 6290	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 10 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 10 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Ninguno	DEPENDENCIA Enfermera a domicilio	DIRECCIÓN Calle 20 sur No. 51 F 49	

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	12	11
Total	12	11

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 19/11/2025 15:59:59

1669857

Documento electrónico: 621c9164411afcd5806034568adabf55958df7bcb37d9264c5a80c8c3569c522  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



# 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: 18-nov-2025

Fecha Validación: 19-nov-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. - 18-nov-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ 18/11/2025 16:43:20  
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 19/11/2025 15:59:59

1669857

Documento electrónico: 621c9164411afcd5806034568adabf55958df7bcb37d9264c5a80c8c3569c522  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5