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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 26-nov-2025

Fecha Validación: 06-ene-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROMAN	ROMAN	ANA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 37712138

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 12 MES FEB AÑO 1978

PAÍS: Colombia

DEPTO: Santander

CIUDAD: Bucaramanga

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 67 D 65 A 27

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 0000000

EMAIL: anisaro@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 COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES: NOVIEMBRE AÑO: 1994
										X	

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	2	2008	
Universitaria	10	X		FISIOTERAPIA	11	2000	18322-2000

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

Documento electrónico: 3c1bde6973c6529092e5170784f54e34da57efdd855ba248a3d92f68e389ab12

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
DIPLOMADO DOCENCIA UNIVERSITARIA	UNIVERSIDAD DE SANTANDER	2013	144
DIPLOMADO EN RBC	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2008	124
DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	UNIVERSIDAD DE LA SABANA	2004	120

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*
Humanity & Inclusion		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Ju.serna@hi.org

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3232092803	DIA 1 MES 10 AÑO 2020	DIA 20 MES 3 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Termino fijo	Area de Operaciones	Calle 81 No. 19ª – 18 Ofc 504

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Integración Social	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	integracion@sdis.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 14 MES 6 AÑO 2019	DIA 19 MES 1 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
8243-2019	SUBDIRECCIÓN PARA LA INFANCIA	CARRERA 7 # 32 – 12

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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 E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 1 AÑO 2018	DIA 28 MES 2 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 002121-2018	PROYECTOS FONDO DE DESARROLLO	CRA 20 47B 35 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 9 AÑO 2017	DIA 31 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 009407-2017	PROYECTOS DEL FONDO DE	CRA 20 47B 35 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 7 MES 4 AÑO 2017	DIA 31 MES 8 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 005452-2017	PROYECTOS FONDO DE DESARROLLO	CRA 20 47B 35 SUR

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subredcentrooriente@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3023399604	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA 23 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
02-PS-1442-2016	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	DIAGONAL 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DEL SUR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 4 AÑO 2015	DIA 30 MES 6 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 1997-2015	TERRITORIOS SALUDABLES- PIC	Cl. 19a #34-94,

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DEL SUR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 2 AÑO 2015	DIA 31 MES 3 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 1342-2015	TERRITORIOS SALUDABLES- PIC	Cl. 19a #34-94,

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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*
HOSPITAL DEL SUR	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 10 MES 10 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 3146-2014	TERRITORIOS SALUDABLES- PIC	Cl. 19a #34-94,

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 7 AÑO 2014	DIA 20 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 04872-2014	PROYECTOS FONDO DE DESARROLLO	Carrera 20 47B 35 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 18 MES 3 AÑO 2014	DIA 30 MES 6 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 03251-2014	PROYECTOS FONDO FINANCIERO	Carrera 20 47B 35 Sur

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 26-nov-2025

Fecha Validación: 06-ene-2026

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*
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contacto@iberoamericana.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3489292	DIA 3 MES 2 AÑO 2014	DIA 21 MES 6 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	CALLE 67 5 27

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 10 AÑO 2013	DIA 9 MES 10 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 6548-2013	PROYECTOS FONDO FINANCIERO	Carrera 20 47B 35 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 9 AÑO 2013	DIA 30 MES 9 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 4905-2013	PROYECTOS FONDO FINANCIERO	Carrera 20 47B 35 Sur

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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*
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contacto@iberoamericana.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3489292	DIA 5 MES 8 AÑO 2013	DIA 7 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	CALLE 67 5 27

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 7 AÑO 2013	DIA 31 MES 8 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 4083- 2013	PROYECTOS FONDO FINANCIERO	Carrera 20 47B 35 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 6 AÑO 2013	DIA 30 MES 6 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 2982-2013	PROYECTOS FONDO FINANCIERO	Carrera 20 47B 35 Sur

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 26-nov-2025

Fecha Validación: 06-ene-2026

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 E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.subred@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 4 AÑO 2013	DIA 31 MES 5 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 1112-2013	PROYECTOS FONDO FINANCIERO	Carrera 20 47B 35 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contacto@iberoamericana.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3489292	DIA 11 MES 2 AÑO 2013	DIA 22 MES 6 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	CALLE 67 5 27

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contacto@iberoamericana.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3489292	DIA 8 MES 8 AÑO 2012	DIA 7 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	CALLE 67 5 27

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 26-nov-2025

Fecha Validación: 06-ene-2026

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	10
Pública	3	7
Total	8	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 26-nov-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ANA ISABEL ROMAN ROMAN 26/11/2025 21:15:40

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 06/01/2026 18:08:11

Documento electrónico: 3c1bde6973c6529092e5170784f54e34da57efdd855ba248a3d92f68e389ab12

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente