



# 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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 09-ene-2026

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ALVAREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) POTES	NOMBRES ROSANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1077445707	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 12 MES OCT AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Chocó CIUDAD Quibdó		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 69 B SUR 3 80 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3104119345 EMAIL rosapo12@outlook.es

## 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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller Pedagógico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2008

### 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	GERENCIA DE MARKETING PARA ENTORNOS DIGITALES	12 2023	
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD	12 2019	1077445707
Universitaria	10	X	ENFERMERIA	11 2018	1077445707

Firma electronica validador: STELLA RUTH CABREJO CARDENAS 09/01/2026 08:10:04

1713348

Documento electrónico: e50b6c7557e859bba8df822711fc7ad6878e1456f74211b31d1542043ace2c21  
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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 09-ene-2026

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
HABILITACIÓN EN SERVICIO EN SALUD	POLITÉCNICO DE COLOMBIA	2023	120
EXCEL INTERMEDIO	SENA	2022	40
Soporte vital avanzado cardiaco	centro de capacitaciones en urgencias y	2020	48
Soporte vital básico y manejo del D.E.A	Centro de capacitaciones en urgencias y	2020	20
Atención Integrada en Salud a Víctima de Violencias	Hospital Universitario Mederi Mayor	2017	8

## 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
Ministerio de Salud y Protección Social	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013305000	DÍA 1 MES 4 AÑO 2025		DÍA 30 MES 9 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Gestora de Seguimiento EBS	DIRECCION DE PROMOCIÓN Y	Carrera 13 No. 32-76	

Firma electronica validador: STELLA RUTH CABREJO CARDENAS 09/01/2026 08:10:04

1713348

Documento electrónico: e50b6c7557e859bba8df822711fc7ad6878e1456f74211b31d1542043ace2c21  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 09-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 Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3013810285	DIA 23 MES 10 AÑO 2023		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	CALIDAD	Calle 9 No. 39 – 46	

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.	correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3045952563	DIA 8 MES 3 AÑO 2021		DIA 26 MES 7 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Rutas integrales de atención en salud (RIAS)	Dg. 34 #5- 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Solidaria de salud de Bajo Baudó	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Chocó	Bajo Baudó	818001478-9	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3216419919	DIA 13 MES 10 AÑO 2018		DIA 13 MES 11 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Enfermería	Pizarro	

Firma electronica validador: STELLA RUTH CABREJO CARDENAS 09/01/2026 08:10:04

1713348

Documento electrónico: e50b6c7557e859bba8df822711fc7ad6878e1456f74211b31d1542043ace2c21  
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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 09-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 Hospital Universitario Mayor Mederi	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificaciones@mederi.com.co	
TELÉFONOS 5600520	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 12 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 10 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN cl 24 # 29- 45	

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	3	8
Total	8	0

Firma electronica validador: STELLA RUTH CABREJO CARDENAS 09/01/2026 08:10:04

1713348

Documento electrónico: e50b6c7557e859bba8df822711fc7ad6878e1456f74211b31d1542043ace2c21  
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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 09-ene-2026

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. - 07-ene-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
ROSANA ALVAREZ POTES 07/01/2026 15:20:05  
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