



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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 05-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUTIERREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SOTO	NOMBRES ISABEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1019057237	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 1 MES FEB AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 14 127 A 97 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6016153998 EMAIL isabelg_soto@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 Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	JUNIO		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 médico	10	X	ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PEDIATRICA	1 2023	1019057237
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 2015	1019057237

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 05/12/2025 14:17:45

1683029

Documento electrónico: 861115ee793454b7de3091b25a38af9c263ea7904825534af9882bb4df659240
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 05-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT - (PALS)	Quiron	2024	48
MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Quiron	2024	48
SVB - SOPORTE VITAL BASICO	Quiron	2023	24
ACLS	Quiron	2023	24
ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES	Quiron	2023	80
UIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA	Quiron	2023	48
ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE	Quiron	2023	80
GESTIÓN DE DUELO	Quiron	2023	60

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
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
3795180	DIA 28 MES 8 AÑO 2023		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Cirujana pediatra	Hospital Occidente de kennedy	Av. 1 de Mayo #40B-54	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 05/12/2025 14:17:45

1683029

Documento electrónico: 861115ee793454b7de3091b25a38af9c263ea7904825534af9882bb4df659240
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 05-dic-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 6 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Cirujano pediatra	DEPENDENCIA Cirugía pediátrica	DIRECCIÓN Calle 66 No. 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundacion Clínica Shaio	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@shaio.org	
TELÉFONOS 6015938210	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Cirujano pediatra	DEPENDENCIA Cirugía pediátrica	DIRECCIÓN DG 115A # 70C-75	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundacion Hospital Pediatrico la Misericordia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@homifundacion.org.co	
TELÉFONOS 3282510	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 3 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Medico hospitalario	DEPENDENCIA Cirugia Pediatrica	DIRECCIÓN Av. Caracas #1-65	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 05/12/2025 14:17:45

1683029

Documento electrónico: 861115ee793454b7de3091b25a38af9c263ea7904825534af9882bb4df659240
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 05-dic-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 Clinica Palermo	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunicaciones@clinicapalermo.com.co	
TELÉFONOS 5727777	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 12 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 25 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Medico hospitalario urgencias	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Calle 45C # 22 – 02 Bogotá,	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Clinica Universidad de la Sabana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Chía	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@clinicaunisabana.edu.co	
TELÉFONOS 8617777	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 18 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Medico General	DEPENDENCIA Urgencias Pediatría	DIRECCIÓN Km. 21, Autopista Norte. La Caro,	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Salazar de Villeta	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Villeta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hvilleta@cundinamarca.gov.co	
TELÉFONOS 8444123	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Medico SSO	DEPENDENCIA Rural	DIRECCIÓN Cl. 1 #No. 7-56, Villeta, Cundinamarca,	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 05/12/2025 14:17:45

1683029

Documento electrónico: 861115ee793454b7de3091b25a38af9c263ea7904825534af9882bb4df659240
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 05-dic-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	4	8
Pública	3	5
Total	5	8

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. - 01-dic-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ISABEL GUTIERREZ SOTO 01/12/2025 15:30:18

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: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 05/12/2025 14:17:45

1683029

Documento electrónico: 861115ee793454b7de3091b25a38af9c263ea7904825534af9882bb4df659240
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5