



# 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: 02-dic-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>MARTÍNEZ                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CUERVO                           | NOMBRES<br>OSCAR FELIPE                                                                                                                                         |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79689706 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                           |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO 79689706 D.M. 55          |                                                                    |                                                                                                                                                                 |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 6 MES FEB AÑO 1975<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 65 B 88 59<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3164187511<br>EMAIL pipemartinez_98@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 academico |          |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO             |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES DICIEMBRE              | AÑO 1994 |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS              | TERMINACIÓN | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|-------------------------------------|-------------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO                   | MES AÑO     | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 10            | X        | ADMINISTRACION HOTELERA Y TURISTICA | 11 2004     |                |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                        | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                 | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|-------|
| Seminario de Gestión del Talento Humano | Fundacion Universitaria Los Libertadores | 2003            | 80    |

Firma electronica validador: JUAN PABLO MAHECHA HERNANDEZ 02/12/2025 07:44:26

1682992

Documento electrónico: 687a50d3917a6fc8b66f696f83eceb6e0bc11936cee11cf5b6aa3c128d9afade  
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 02-dic-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 Norte E.S.E. | X                                         |                                           | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO                                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                 |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.                               | subrednorte@saludcapital.gov.co           |                 |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO                          |                                           | FECHA DE RETIRO |
| 4401790                                             | DIA 12 MES 1 AÑO 2023                     |                                           | DIA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA                               | DIRECCIÓN                                 |                 |
| Profesional Administrativo I                        | Participación Comunitaria y Servicio a la | Unidad de Servicios Fray Bartolomé de las |                 |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                       |                                 |                       |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                   | PÚBLICA               | PRIVADA                         | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X                     |                                 | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |                       |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.           | subrednorte@saludcapital.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO      |                                 | FECHA DE RETIRO       |
| 4401790                                             | DIA 14 MES 9 AÑO 2021 |                                 | DIA 31 MES 8 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                       |                       |
| Técnico Administrativo III                          | Oficina de Calidad    | Usaquen                         |                       |

Firma electronica validador: JUAN PABLO MAHECHA HERNANDEZ 02/12/2025 07:44:26

1682992

Documento electrónico: 687a50d3917a6fc8b66f696f83eceb6e0bc11936cee11cf5b6aa3c128d9afade  
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 02-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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                              | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>subrednorte@saludcapital.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>4401370                                                     | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 26 MES 11 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 14 MES 9 AÑO 2021                      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Tecnico Administrativo II                            | DEPENDENCIA<br>Admisiones y Autorizaciones | DIRECCIÓN<br>UMHES Simon Bolívar                              |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                        |                                           |                                                           |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                              | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                              | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>pipemartinez_98@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3164187511                                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 15 MES 8 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 15 MES 10 AÑO 2019                 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar Administrativo                              | DEPENDENCIA<br>Atencion al Usuario        | DIRECCIÓN<br>Hospital de Engativa                         |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                  |                                          |                                                    |                  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Restaurante Frutos de la Casa | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                       | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                        | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>cahuca25@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3165669472                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 2 MES 7 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 2 MES 5 AÑO 2019            |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Administrador                  | DEPENDENCIA<br>Administrativa            | DIRECCIÓN<br>Cra 60 No. 67D-20                     |                  |

Firma electronica validador: JUAN PABLO MAHECHA HERNANDEZ 02/12/2025 07:44:26

1682992

Documento electrónico: 687a50d3917a6fc8b66f696f83eceb6e0bc11936cee11cf5b6aa3c128d9afade  
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: 01-dic-2025

Fecha Validación: 02-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   | 1                     | 0     |
| Pública   | 4                     | 7     |
| Total     | 5                     | 7     |

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 01-dic-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
OSCAR FELIPE MARTÍNEZ CUERVO 01/12/2025 15:07:32  
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: JUAN PABLO MAHECHA HERNANDEZ 02/12/2025 07:44:26

1682992

Documento electrónico: 687a50d3917a6fc8b66f696f83eceb6e0bc11936cee11cf5b6aa3c128d9afade  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4