



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: 30-nov-2025

Fecha Validación: 07-ene-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SOTELO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DUARTE	NOMBRES GLORIA TATYANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1032393989	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 14 MES JUN AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Zipaquirá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 91 161 B 30 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6014656008 EMAIL therits_1406@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	2004	

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	ESPECIALIZACION EN SALUD ESCOLAR	11 2021	
Universitaria	10	X	ENFERMERIA	9 2014	1032393989

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 10:35:05

1682225

Documento electrónico: dbb4ddd2d84a385ba1f1aa7ade4812b5c218e0db6df1cc5cb60f110cd0e45be4
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: 30-nov-2025

Fecha Validación: 07-ene-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas	Curso	2021	48
MANIOBRAS DE REANIMACION EN COVID 19	GESTION DE EDUCACION CONTINUADA EN	2020	24
curso de soporte vital básico y avanzado	Gestion de educacion continuada	2020	48
Curso de Atencion Integral a Víctimas de Violencia	UHMES SIMON BOLIVAR	2020	40
MANEJO INTEGRAL DE PACIENTE EN ESTADO	UHMES SIMON BOLIVAR	2020	40
6 Módulos para la cultura de Seguridad de Paciente	Institute for Healthcare Improvement - IHI	2020	60
20 MODULOS PARA MEJORAR EL CUIDADO EN	ANGELS INITIATIVE	2020	60
III Simposio del cuidado de las heridas y la piel	HOSPITAL LA SAMARITANA	2018	6
DIPLOMADO EN ASESORÍA Y PRUEBA	POLITECNICO MAYOR	2018	120
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	INSTITUTO VERTICAL	2018	30
Profundización en Salud Sexual y Procreativa	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	2014	640
Taller de Reanimación Cardiopulmonar Soporte	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	2014	48
3ER CONGRESO DE SALUD Y MEDIO	ZIPAQUIRA	2014	48
Taller de Administración Segura De Medicamentos	HOSPITAL LA SAMARITANA	2013	6
Experiencias en el cuidado de enfermería	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	2008	8
Responsabilidad ética en la práctica de enfermería	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	2006	4

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

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 10:35:05

1682225

Documento electrónico: dbb4ddd2d84a385ba1f1aa7ade4812b5c218e0db6df1cc5cb60f110cd0e45be4
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: 30-nov-2025

Fecha Validación: 07-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 FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fhscnomina@gmail.com	
TELÉFONOS 7443333	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 4 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA UCI	DIRECCIÓN Carrera 12D # 32 – 44 sur, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD LOS COBOS MEDICAL CENTER	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificaciones@loscobosmc.com	
TELÉFONOS 7457581	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA UCI	DIRECCIÓN Ak. 9 #131a-40, Bogotá,	

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 urgencias.simon.enfermeria@gmail.com	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 5 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CALLE 165 # 7 - 06	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 10:35:05

1682225

Documento electrónico: dbb4ddd2d84a385ba1f1aa7ade4812b5c218e0db6df1cc5cb60f110cd0e45be4
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: 30-nov-2025

Fecha Validación: 07-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 SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3538000	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 2 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 4 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA SALAS DE RECUPERACION	DIRECCIÓN CALLE 10 # 18 - 75	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INTER CONTACT CENTER	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3214246656	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 2 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 2 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA CENTRAL DE REFERENCIA Y	DIRECCIÓN CALLE 63 # 24 - 58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD espsoacha@hotmail.com	
TELÉFONOS 7291434	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 12 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA ESPAB SOACHA	DIRECCIÓN CARRERA 6 # 14 - 34	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 10:35:05

1682225

Documento electrónico: dbb4ddd2d84a385ba1f1aa7ade4812b5c218e0db6df1cc5cb60f110cd0e45be4
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: 30-nov-2025

Fecha Validación: 07-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	3	4
Pública	8	7
Total	10	9

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. - 30-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE 30/11/2025 15:06:33
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 ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 10:35:05

1682225

Documento electrónico: dbb4ddd2d84a385ba1f1aa7ade4812b5c218e0db6df1cc5cb60f110cd0e45be4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5