



# 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: 17-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-2026

## 1 DATOS PERSONALES

|  |  |   |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO<br>GOMEZ   | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>TORRES                           | NOMBRES<br>NEIDY ELIZABETH  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52937016 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>   |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.                                 |  |   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 25 MES ABR AÑO 1985<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>cll 48 i bis a sur 10 46<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7602583<br>EMAIL neidyeligomeztorres@gmail.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 2001 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                               | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--|--------------------------|-----------------|-------|
| Técnico laboral por competencias en salud oral | CampoAlto                | 2014            | 3500  |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 20/02/2026 14:53:23

1738950

Documento electrónico: 427fe21ad0fe23fe1a1706fb71cb1b2db286daa04234a965c6ec43f34633cb80  
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: 17-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-2026

## 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<br>aunar salud ips | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                     | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.          | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>inf@aunarsalud.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3124106299              | FECHA DE INGRESO<br>DIA 1 MES 7 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 26 MES 2 AÑO 2024         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>higienista oral  | DEPENDENCIA<br>asistencial               | DIRECCIÓN<br>cll63 14 05                         |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                           |   |  |                  |
|---|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>subred norte           | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                 | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>correspondencia@subrednorte.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3499082                        | FECHA DE INGRESO<br>DIA 5 MES 10 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 30 MES 11 AÑO 2019                        |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de odontología | DEPENDENCIA<br>asistencial                | DIRECCIÓN<br>cll 165 06  |                  |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 20/02/2026 14:53:23

1738950

Documento electrónico: 427fe21ad0fe23fe1a1706fb71cb1b2db286daa04234a965c6ec43f34633cb80  
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: 17-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-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<br>inversiones crear rama | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                            | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                 | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |                  |
| TELÉFONOS<br>7459000                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 11 MES 1 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 4 MES 4 AÑO 2018 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de odontología | DEPENDENCIA<br>asistencial                | DIRECCIÓN<br>kr 49b 91 91               |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                            |   |  |                  |
|--|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>hospital centro oriente | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD               |                  |
| TELÉFONOS<br>34444484                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 11 MES 2 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 22 MES 2 AÑO 2016 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>tecnico en salud oral    | DEPENDENCIA<br>salud publica              | DIRECCIÓN<br>diagonal 34 5 43            |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                           |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>famivital eps          | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                              | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                | MUNICIPIO<br>Soacha                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                  |
| TELÉFONOS<br>7229940                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 7 MES 2 AÑO 2014 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2014 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar administrativo | DEPENDENCIA<br>asistencial               | DIRECCIÓN<br>cll 13 5 41                  |                  |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 20/02/2026 14:53:23

1738950

Documento electrónico: 427fe21ad0fe23fe1a1706fb71cb1b2db286daa04234a965c6ec43f34633cb80  
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: 17-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-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<br>hospital del sur        | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                  | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD               |                  |
| TELÉFONOS<br>7560505                         | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 31 MES 7 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 6 AÑO 2013 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>tecnico en salud publica | DEPENDENCIA<br>salud publica              | DIRECCIÓN<br>kr 78 35 71                 |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                     |   |  |                  |
|---------------------------------------|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>hospital del sur | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.           | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD               |                  |
| TELÉFONOS<br>6148311                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 29 MES 2 AÑO 2008 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 10 MES 5 AÑO 2009 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>promotor de salud | DEPENDENCIA<br>salud publica              | DIRECCIÓN<br>kr 78 35 71                 |                  |

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   | 2                     | 7     |
| Pública   | 4                     | 3     |
| Total     | 6                     | 11    |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 20/02/2026 14:53:23

1738950

Documento electrónico: 427fe21ad0fe23fe1a1706fb71cb1b2db286daa04234a965c6ec43f34633cb80  
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: 17-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-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. - 17-feb-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
NEIDY ELIZABETH GOMEZ TORRES 17/02/2026 13:45:31  
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: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 20/02/2026 14:53:23

1738950

Documento electrónico: 427fe21ad0fe23fe1a1706fb71cb1b2db286daa04234a965c6ec43f34633cb80  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5