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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-mar-2026

Fecha Validación: 09-mar-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
AVILA	RODRIGUEZ	NATALI ESPERANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1000988958

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES NOV AÑO 2000

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 7518G 33 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3118657015

EMAIL natisar.2000@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2017
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Auxiliar en salud oral	ingabo	2020	1800

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 09/03/2026 13:09:50

Documento electrónico: 90b4112b1e5958bf3019b49adef5d16a08d7220a4a6ad1382d09f99c9b916ab5

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

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente.
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 13 MES 5 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 9 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO Promotora De Bienestar	*DEPENDENCIA* Gestión Riesgo		*DIRECCIÓN* av primero de mayo

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente.
TELÉFONOS 18000126488	*FECHA DE INGRESO* DIA 27 MES 1 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 4 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO PROMOTORA DE BIENESTAR	*DEPENDENCIA* GESTIÓN RIESGO		*DIRECCIÓN* av 1ro de mayo

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 09/03/2026 13:09:50

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-mar-2026

Fecha Validación: 09-mar-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 Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
18000126488	DIA 2 MES 9 AÑO 2024	DIA 30 MES 11 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROMOTORA DE BIENESTAR	GESTIÓN RIESGO	Calle 22 Sur Número 8 A - 58

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
018000126488	DIA 24 MES 1 AÑO 2024	DIA 31 MES 5 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PS 3395 2024	GESTIÓN RIESGO	Calle 22 Sur Número 8 A - 58

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.	radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
018000126488	DIA 10 MES 4 AÑO 2023	DIA 30 MES 11 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PS 5116 2023	GESTIÓN RIESGO	Calle 22 Sur Número 8 A - 58

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 09/03/2026 13:09:50

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 Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacionsed2022@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3106791014	DIA 26 MES 1 AÑO 2023	DIA 24 MES 2 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PS 3154 2023	GESTIÓN RIEGO	caps primera de mayo

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.	radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
018000126488	DIA 1 MES 2 AÑO 2022	DIA 31 MES 10 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PS 3792 2022	GESTIÓN RIESGO	Calle 22 Sur Número 8 A - 58

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.	apoyoadm.conveniosed@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
304595256	DIA 3 MES 9 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PS 7185 2021	GESTIÓN RIESGO	a Av. Caracas No. 33 A-11

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 09/03/2026 13:09:50

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-mar-2026

Fecha Validación: 09-mar-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	0	0
Pública	2	11
Total	2	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 09-mar-2026

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

NATALI ESPERANZA AVILA RODRIGUEZ 09/03/2026 11:52:38

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 09/03/2026 13:09:50

Documento electrónico: 90b4112b1e5958bf3019b49adef5d16a08d7220a4a6ad1382d09f99c9b916ab5

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