FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VARGAS	GARZÓN	JOVANNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 23647037	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES NOV AÑO 1976

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

CIUDAD Barrancabermeja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TV 1 A 48 J 13 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3160545587

EMAIL jovannav83@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 académico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1996
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION A VICTIMAS DE AGENTES	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA	FUNCION PUBLICA	2023	20
GESTION DE DUELO	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
Curso Manejo de Pruebas en Punto de Atención -	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2022	48
Curso Protocolos en la Toma y Transporte de	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2022	60

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
SOPORTE VITAL BASICO Y MANEJO DEL DEA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	20
LÍNEA DE EMERGENCIAS VIRTUAL	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	16
JORNADAS PRÁCTICAS DE SIMULACIÓN	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	2021	1275
LAVADO DE MANOS	SECRETARIA DE SALUD	2021	10
Vacunación contra el COVID-19 abordaje	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	10
Inducción y reinducción en salud y seguridad en el	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2020	10
BÁSICO DE SALUD OCUPACIONAL	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2009	20
Nanotecnología Básica Aplicada a la Salud	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2009	40
Técnico en Auxiliar de Enfeermería	Instituto Universitario de Colombia	2004	1800

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
español (o castellano)		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 E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6014853551	DIA 21 MES 1 AÑO 2025	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA	CALLE 65 SUR No. 7D-90

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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 E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6014853551	DIA 2 MES 1 AÑO 2024	DIA 20 MES 1 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA	CALLE 65 SUR No. 7D-90

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6014853551	DIA 6 MES 3 AÑO 2023	DIA 31 MES 1 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULATORIO CONSULTA EXTERNA	CALLE 65 SUR No. 7D-90

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649090	DIA 11 MES 1 AÑO 2021	DIA 10 MES 4 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Técnico Auxiliar en Regulación Medica	CRUE	carrera 32 # 12-81

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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*
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649090	DIA 8 MES 6 AÑO 2020	DIA 8 MES 1 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Técnico Auxiliar en Regulación Medica	CRUE	carrera 32 # 12- 81

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	3	6
Total	3	6

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: JOVANNA VARGAS GARZÓN
null
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: null

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-02-01	**Hasta:**	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	JOVANNA VARGAS GARZON		**Número de Documento:**	23647037	
Correo Electrónico:	jovanna.int@gmail.com		**Número Telefónico:**	319578471	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1858-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	295
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS DANUBIO AZUL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38ULN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO	186	0	12620	$2347320	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2347320**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 2347320	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11736600	**$ 11736600**	**$ 2347320**	**$ 9389280**

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo asistencial en calidad de Auxiliar de Enfermería, de manera autónoma y conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	- Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud, según el perfil.	- Programación por parte del profesional de enlace, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección.
2	Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	- Apoyo a la demanda inducida, apoyo en los procedimientos de enfermería, cumplir con protocolos de desinfección de los consultorios	- Charlas, actas correos, formatos de asistencia
3	Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos de Enfermería, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	- Realizar oportunamente las notas de enfermería, en las historias clínicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos	- Historia clínica, DINAMICA
4	Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios relacionados con el servicio.	- Realizar Pre crítica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios	- Bases de datos.
5	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	- Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud y las RIAS.	- Resolución de casos y disminución de quejas.
6	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	- Resolución de casos y disminución de quejas.	- Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correos electrónicos.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1866324
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	55994654	-		
2026	ENERO	2026	02	23				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1750905	$ 280145	**$ 282600**
Salud		COMPENSAR		$ 218863	**$ 220800**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 43100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 546500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488429285080

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOVANNA VARGAS GARZON	2026-02-23 15:03:20
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-02-23 21:32:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2026-02-26 14:59:32
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-03-11 11:45:30

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

© Siasur - 2026

La Republica De Colombia

Y En Su Nombre eL

Instituto Universitario De Colombia

Acuerdo 14/96 de Salud–Res.1173796-3110/96- Secretaria de Educación de Boyacá

Y en su Representación la Directora y los Profesores, en atención a que

JOVANNA VARGAS GARZON

C.C. No 23.647.037 de Iza (Boy)

Ha completado los requisitos exigidos a el Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico en:

INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DE BOYACA
Reconócese este Titulo para todos los efectos legales:
Resolución No. 1370
Ciudad 10 AGO 2004
Firma:
GERENTE

Auxiliar de Enfermería

Con una intensidad de 1800 horas Teórico-Practicas

En nombre de la Republica de Colombia, por Autorización del Ministerio de Salud y la Secretaria de Educación de Boyacá, Se expide el presente Diploma que acredita su idoneidad, en testimonio de lo cual se firma y rubrica con el Sello Mayor dela Institución.

Dado en la Ciudad de Sogamoso Boy- a los 04 días del mes de Junio de 2004.

Directora

Secretario General

Libro 02 Folio 274

Escaneado con CamScanner

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

Acuerdo 14/96 Ministerio de Salud, Resolución 3110 Secretaría de Educación de Boyacá

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Sogamoso, Departamento de Boyacá, República de Colombia, a los 04 días del mes de Junio de 2004 se reunieron la Directora, GLADYS CARRILO MORA y cuerpo de Docentes, con el objeto de llevar a cabo el acto de grado del (la) egresado (a) JOVANNA VARGAS GARZON identificada con Cédula No. 23.647.037 de Iza (Boy) Quien cumplió satisfactoriamente el Programa, en virtud de lo expuesto:

RESUELVE:

Otorgarle El certificado de aptitud ocupacional como Técnico en AUXILIAR DE ENFERMERÍA, al egresado (a) anteriormente mencionado, previo juramento que se toma por la institución; acto seguido se procede a hacer entrega del certificado y de la presente acta de grado.

Es fiel copia tomada de su original

Para constancia se expide y firma en la ciudad de Sogamoso a los 04 días del mes de Junio de 2004.

Gladys Carrillo Mora.

GLADYS CARRILLO MORA
DIRECTORA

SOGAMOSO
Calle 28 No. 10A-36
Barrio El Recreo
Telefax: 772 27 88

DUITAMA
Calle 17 No. 13-08
Diagonal a comfaboy
Tel. 763 18 53

E-mail:
wepaje@latinmail.com

YOPAL
Calle 12 No. 23-37
Centro
Tel. 098 6356448

TUNJA
Calle 46 No. 6-40
Barrio Los Cristales
Teléfono: 744 08 03

Escaneado con CamScanner