



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: 10-dic-2025

Fecha Validación: 18-dic-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARCELO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GOMEZ	NOMBRES EDNA LISSETE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1076653175	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES JUN AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Villa De San Diego De Ubaté		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 71 111 A 43 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212400185 EMAIL liss.marce@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 BASICA											TITULO Bachiller académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2006	

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
Universitaria	10	X	ENFERMERIA	11 2019	1076653175

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte vital básico	Centro de capacitación en urgencias y emergencias	2024	40
Soporte vital avanzado	Centro de capacitación en urgencias y emergencias	2024	40

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 18/12/2025 14:50:17

1689998

Documento electrónico: 885c25cd4d9753a3434b9e2d057f7f8371197ddb79dc1dac0aaddbb9babfb155
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: 10-dic-2025

Fecha Validación: 18-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención integral a víctimas de violencia sexual	Colsubsidio	2024	40
Toma de muestras y POCT	Colsubsidio	2024	40
Atención integral en salud a víctimas de ataque	Centro de capacitación en urgencias y emergencias	2024	40
Gestión de duelo	Centro de capacitación en urgencias y emergencias	2024	40
Atención integral a víctimas de violencia sexual y de	Centro de capacitación en urgencias y emergencias	2024	40

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
Corporación hospitalaria Juan ciudad		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	thumanoredmedica@mederi.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6015600520	DIA 7 MES 1 AÑO 2023		DIA 20 MES 9 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Enfermería	Calle 24 # 29-45	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 18/12/2025 14:50:17

1689998

Documento electrónico: 885c25cd4d9753a3434b9e2d057f7f8371197ddb79dc1dac0aaddbb9babfb155
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: 10-dic-2025

Fecha Validación: 18-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 Clínica Palermo	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Recursos humanos@clinicapalermo.com.co	
TELÉFONOS 6015727777	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 11 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 5 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Calle 45c # 22-02	

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	11	2
Pública	0	0
Total	11	2

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 18/12/2025 14:50:17

1689998

Documento electrónico: 885c25cd4d9753a3434b9e2d057f7f8371197ddb79dc1dac0aaddbb9babfb155
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: 10-dic-2025

Fecha Validación: 18-dic-2025

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. - 10-dic-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

EDNA LISSETE MARCELO GOMEZ 10/12/2025 11:45:23

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 18/12/2025 14:50:17

1689998

Documento electrónico: 885c25cd4d9753a3434b9e2d057f78371197ddb79dc1dac0aaddbb9babfb155
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4