



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 21-dic-2025
Fecha Validación: 20-mar-2026

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| PRIMER APELLIDO CAMARGO | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ | | NOMBRES HEIDY PAOLA | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1024505472 | | | 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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3203013946 EMAIL heidy774@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 TÉCNICO CON ENFASIS EN | | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|---|-----------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | DICIEMBRE | AÑO | 2007 |

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 | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| Maestría | 4 | X | | MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA | 6 | 2017 | |
| Universitaria | 8 | X | | ENFERMERIA | 1 | 2013 | 40726 |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 20/03/2026 11:47:24



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 21-dic-2025

Fecha Validación: 20-mar-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--|---------------------------------------|-----------------|-------|
| CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA Y | CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO | 2025 | 48 |
| Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia | FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA | 2024 | 80 |

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 |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X | | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 6013282828 | DIA 1 MES 1 AÑO 2025 | DIA 23 MES 7 AÑO 2025 | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| Profesional especializado | PIC | Dg 34 5 27 | |

| 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. | contratacionsubredcentrooriente.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 601 | DIA 14 MES 6 AÑO 2024 | DIA 31 MES 12 AÑO 2024 | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| Profesional especializado - PIC | Gestión de Programas y Acciones de Interés | DG 34 5 50 | |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 20/03/2026 11:47:24

1698176

Documento electrónico: 9d3a69a10f0fafc81e4f909c6770644daf774f60141626b3568567dc0c35cb01
NOTA: No requiere firma fisica debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 21-dic-2025

Fecha Validación: 20-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 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 certificacionesops@subredcentrooriente.gov.vo |
| TELÉFONOS 6013282828 | FECHA DE INGRESO DIA 27 MES 3 AÑO 2023 | | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 5 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO Profesional universitario | DEPENDENCIA PIC | DIRECCIÓN DG 34 5 27 | |
| EMPLEO O CONTRATO | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Salud de Cundinamarca | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Água De Dios | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dic@sanatorioaguadedios.gov.co |
| TELÉFONOS 8345000 | FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 7 AÑO 2021 | | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO Referente Municipal TB Hansen | DEPENDENCIA Secretaría de Salud de Cundinamarca | DIRECCIÓN Calle 26 No 51-53 | |
| 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 contratacionsubredcentrooriente.gov.co |
| TELÉFONOS 601 | FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 1 AÑO 2021 | | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 5 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO ENFERMERA | DEPENDENCIA GPAISP | DIRECCIÓN DG 34 5 50 | |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 20/03/2026 11:47:24



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 21-dic-2025

Fecha Validación: 20-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 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 certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co | |
| TELÉFONOS 6013282828 | FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 1 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 3 AÑO 2023 | |
| CARGO O CONTRATO Profesional universitario | DEPENDENCIA PIC | DIRECCIÓN DG 34 5 27 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|-----------------------------------|---|--|---------|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED NORTE | | PÚBLICA X | PRIVADA |
| | | PAÍS Colombia | |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subrednorte@ese.gov.co | |
| TELÉFONOS 3499080 | FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 12 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2021 | |
| CARGO O CONTRATO ENFERMERA | DEPENDENCIA SALUD PUBLICA | DIRECCIÓN CL 66 15 41 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---------------------------------------|--|--|---------|
| EMPRESA O ENTIDAD SUBRED SUR E.S.E | | PÚBLICA X | PRIVADA |
| | | PAÍS Colombia | |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cami_jerusalen@gmail.com | |
| TELÉFONOS 7300000 | FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 3 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2017 | |
| CARGO O CONTRATO ENFERMERA | DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA | DIRECCIÓN CL 67A SUR 18C 12 | |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 20/03/2026 11:47:24

1698176

Documento electrónico: 9d3a69a10f0fafc81e4f909c6770644daf774f60141626b3568567dc0c35cb01
NOTA: No requiere firma fisica debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 21-dic-2025

Fecha Validación: 20-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 NUESTRA IPS | | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD nuestra@ips.gov.co | | |
| TELÉFONOS 3012637276 | FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 10 AÑO 2014 | | FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2015 | |
| CARGO O CONTRATO ENFERMERA | DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA | DIRECCIÓN CL 116 13A 01 | | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | | |
|---|---|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Policia Nacional de Colombia | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Putumayo | MUNICIPIO Mocoa | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lineadirecta@policia.gov.co | | |
| TELÉFONOS 5159111 | FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 7 AÑO 2013 | | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2014 | |
| CARGO O CONTRATO lider operativa | DEPENDENCIA Putumayo | DIRECCIÓN cl 4 centro | | |

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 | 4 |
| Pública | 11 | 4 |
| Total | 11 | 8 |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 20/03/2026 11:47:24



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 21-dic-2025

Fecha Validación: 20-mar-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. - 21-dic-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
HEIDY PAOLA CAMARGO GONZALEZ 21/12/2025 11:54:25
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: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 20/03/2026 11:47:24