FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-mar-2026

Fecha Validación: 09-abr-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROMERO	BERNAL	ANGELA LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52056890

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES ENE AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 82 # 17-95 Inte 6 Apto 204

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7599298

EMAIL angelirobe@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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1990
										X	

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*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA CLINICA	4	2012	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL	9	2007	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	12	1999	6265

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

Documento electrónico: c711be16d73cd12ec8ea12ba2e0c8552081d3a3604b1b92af2e32937ae5e1de

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
CURSO ATENCION INTEGRALEN SALUDA	CORSALEM SAS	2022	40
CURSO DE INSERCION Y RETIRO DE IMPLANTE	CORSALEM SAS	2022	40
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO BLS	CORSALEM SAS	2022	20
CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS	CORSALEM SAS	2022	48
CURSO DE ASESORIA Y TOMA DE MUESTRA	CORSALEM SAS	2022	40
CURSO DE ATENCION INTEGRADA A	CORSALEM SAS	2022	40
CURSO DE TOMA DE CITOLOGIA CERVICO	CORSALEM SAS	2022	40
CURSO DE PLANIFICACION FAMILIAR	CORSALEM SAS	2022	40
CURSO PAI WEB 2.0 VIRTUAL	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	5
JORNADA DE CAPACITACION PARA LA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	4
CURSO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2020	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 Instituto Nacional de Cancerologia	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* soytransparente@cancer.gov.co
TELÉFONOS 6013905012	*FECHA DE INGRESO* DIA 21 MES 7 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DIA 29 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Profesional UniversitarioII (Profesional de	*DEPENDENCIA* Area de Investigaciones		*DIRECCIÓN* Calle 1 #9-85

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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*
AXA ASISTENCIA COLOMBIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	daniela.correa@axa-assistance.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6462828	DIA 3 MES 10 AÑO 2022	DIA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA DE CAMPO	HEMATO ONCOLOGIA	CALLE 102 # 17 A 61

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
0	DIA 15 MES 7 AÑO 2022	DIA 30 MES 7 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA PROGRAMAS Y ACCIONES	Programas y acciones	Calle 19 A # 34-94

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.	programas@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 12 MES 3 AÑO 2019	DIA 3 MES 6 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
contratista	SALUD PUBLICA	DIAGONAL 34 Nº 5- 43

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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.	programas@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3144484	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 3 MES 3 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
contratista	SALUD PUBLICA	DIAGONAL 34 Nº 5- 43

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.	programas@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 26 MES 7 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
contratista	SALUD PUBLICA	DIAGONAL 34 Nº 5- 43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MILLENIUM BPO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ldaza@millenium.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6500800 opcion 2	DIA 8 MES 5 AÑO 2017	DIA 1 MES 8 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE REFERENCIA Y	AUTORIZACIONES	CALLE 72 A N 86 - 95

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	alromerob@sena.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2873611	DIA 13 MES 4 AÑO 2016	DIA 16 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSTRUCTOR DE SALUD	SALUD	CRA 6 N 45 - 52

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS SIES		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	rubi_rodriguez@sies.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7451416	DIA 24 MES 11 AÑO 2015	DIA 1 MES 3 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE PROMOCION Y PREVENCION	PROMOCION Y PREVENCION	AV CRA 68 n 46 - 14

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACION NUESTRA IPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	zlalfonsom@isaludcoop.coop

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6176488 ext 1104	DIA 9 MES 3 AÑO 2015	DIA 27 MES 7 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE SEGUIMIENTO A CRONICOS	PROMOCION Y PREVENCION	CALLE 116 N 70 D 45

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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*
GRUPO SALUDCOOP EPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	oasiabatoa@saludcoop.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6361741 Ext 101	DIA 2 MES 12 AÑO 2013	DIA 31 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUDITORA DE PROGRAMAS ESPECIALES	PROGRAMAS ESPECIALES	AUTOPISTA NORTE N 93 - 95

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	alexandra-gallego@colmedica.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7565656 Ext 2814	DIA 15 MES 4 AÑO 2013	DIA 14 MES 7 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA CONVENIOS MEDICOS	CONVENIOS MEDICOS	CALLE 93 N 19 -25

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PROCESOS Y SERVICIOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ovalencia@procesosyservicios.net

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2252541	DIA 10 MES 8 AÑO 2012	DIA 14 MES 11 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE DE RECOBROS CTC	RECOBROS CTC	CRA 50 N 71 -65

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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*
CLINICA PEDIATRICA EUSALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clinicapediatrica@eusalud.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4505860	DIA 18 MES 1 AÑO 2010	DIA 29 MES 2 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE URGENCIAS-TRIAGE	URGENCIAS - TRIAGE	Cra 78 n 3 A 34

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Santander	Bucaramanga	contratacion@hus.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6346110	DIA 1 MES 2 AÑO 2008	DIA 28 MES 8 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE URGENCIAS Y	URGENCIAS Y UNIDAD DE QUEMADOS	CRA 33 N 28- 126

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SALUD VISUAL INTEGRAL OPTILASER		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	info@optilaser.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6163508	DIA 1 MES 9 AÑO 2005	DIA 1 MES 3 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE SALAS DE CIRUGIA Y	ENFERMERA DE SALAS DE CIRUGIA Y	AV 19 n 95 -75

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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*
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion@clijorbejarano.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2216167	DIA 15 MES 4 AÑO 2004	DIA 30 MES 10 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE URGENCIAS Y	URGENCIAS PEDIATRICAS Y	DIAGONAL 40 N 48A 95

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Soacha	secsalud@soacha.cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7214022	DIA 1 MES 10 AÑO 2003	DIA 29 MES 4 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE PROMOCION Y	ENFERMERA DE PROMOCION Y	CRA 9 N 19 - 22

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA PEDIATRICA EUSALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clinicapediatrica@eusalud.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2490223	DIA 12 MES 5 AÑO 2003	DIA 30 MES 9 AÑO 2003

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE MATERINIDAD Y	AREA DE MATERNIDAD Y	DIAGONAL 53 N 16 A 16

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

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*
HOSPITAL SAN IGNACIO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	informacion@husi.org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5946161	DIA 25 MES 2 AÑO 2002	DIA 15 MES 4 AÑO 2003

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE URGENCIAS -TRIAGE	AREA DE URGENCIAS TRIAGE -	CALLE 7 N 40-62

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Tenjo	htenjo@cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8646415	DIA 16 MES 6 AÑO 2000	DIA 15 MES 6 AÑO 2001

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE SERVICIO SOCIAL	AREA DE URGENCIAS ,	CALLE 3A N 6 - 31

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	7	1
Pública	6	2
Total	13	4

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-mar-2026

Fecha Validación: 09-abr-2026

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. - 30-mar-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ANGELA LILIANA ROMERO BERNAL 30/03/2026 10:16:37
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.

BOGOTA D.C 17 DE ABRIL DE 2026
Ciudad y fecha

Firmado digitalmente por Katty Jhoana Rodriguez Lozano
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Melissa Arboleda

Firma electronica validador: JENNY MARCELA CASTILLO TORRES 09/04/2026 16:09:14