



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: 26-jun-2026

Fecha Validación: 02-jul-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RUIZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) POBLADOR	NOMBRES MARISOL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52889474	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES ENE AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AC CL 168 # 14 - 55 NORTE A B ESTE 14 D 55 ESTE PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3143322927 EMAIL marisolruizpoblador@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 BÁSICA											TÍTULO	BACHILLERATO ACADÉMICO CON
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	AGOSTO	2013

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar de enfermería	fundetsalud	2018	1600

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 02/07/2026 08:57:05

1780365

Documento electrónico: aa083d8b65a87052790674bf57090316d3789dcaac3841876386bc9c39e585a
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: 26-jun-2026

Fecha Validación: 02-jul-2026

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 sub red integrada de salud sur	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccioncps@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 5 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN hospital meissen	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD HOSPITALDE CHAPINERO	
TELÉFONOS 7433693	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 9 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Prestación de Servicios	DEPENDENCIA HOSPITAL DE CHAPINERO	DIRECCIÓN Cra. 22 #75 08,	

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 02/07/2026 08:57:05

1780365

Documento electrónico: aa083d8b65a87052790674bf57090316d3789dcaac3841876386bc9c39e585a
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: 26-jun-2026

Fecha Validación: 02-jul-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	
Cundinamarca	Cabrera	tecnicoamed1@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3022073406	DÍA 1 MES 6 AÑO 2021		DÍA 26 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Prestación de Servicios	AMED	calle 34 kr 5	

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	4	11
Total	4	11

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 02/07/2026 08:57:05



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: 26-jun-2026

Fecha Validación: 02-jul-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. - 26-jun-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
MARISOL RUIZ POBLADOR 26/06/2026 10:56:31
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 02/07/2026 08:57:05

1780365

Documento electrónico: aa083d8b65a87052790674bf57090316d3789dcaac3841876386bc9c39e585a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4