



# 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: 12-ene-2022

Fecha Validación: 27-may-2022

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERRERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BAUTISTA	NOMBRES LUZ RUBIELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 40394385	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 12 MES ENE AÑO 1972 PAÍS Colombia DEPTO Meta CIUDAD Villavicencio		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 1471280 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0 EMAIL luzrhb6401@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 ACADÉMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1998

### 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	MEDICINA	12 2010	40394385

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Medico Especialista en Diagnostico por imagenes	Universidad del Salvador	2016	12528





# 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: 12-ene-2022

Fecha Validación: 27-may-2022

## 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 UTM	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS España
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no identificado	
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 3 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MEDICO	DEPENDENCIA RADIOLOGO	DIRECCIÓN CRA 13 A # 37 68 PISO 7	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CAMEINT	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cameint@hotmail.com	
TELÉFONOS 7046466	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 11 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MEDICO	DEPENDENCIA GEENRAL	DIRECCIÓN CRA 9 A # 17-55 SUR PISO 2	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD DIAGNOSTICA IPS SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS España
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionhumana@diagnostica.co	
TELÉFONOS 2362680	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MEDICO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA RADIOLOGIA E IMAGENES	DIRECCIÓN CALLE 115 # 55 B 38	





# 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: 12-ene-2022

Fecha Validación: 27-may-2022

## 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 REDRX	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Ibagué	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NO IDENTIFICADO	
TELÉFONOS 3143585360	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 3 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO MEDICO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA ECOGRAFIAS Y DOPPLER	DIRECCIÓN IBAGUE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CARLOS MADRID ESPAÑA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS España
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no identificado	
TELÉFONOS 903303000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO MEDICO	DEPENDENCIA CARDIOLOGIA	DIRECCIÓN ESPAÑA	

## 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	4	5
Pública	0	0
Total	4	5





# 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: 12-ene-2022

Fecha Validación: 27-may-2022

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. - 12-ene-2022  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

\_\_\_\_\_  
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