



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: 06-oct-2022

Fecha Validación: 10-oct-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDOZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MELENDEZ	NOMBRES LILA ESTHER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1082934088	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES MAY AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena CIUDAD Santa Marta		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 47 124 36 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3002066609 EMAIL lila-0506@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	2008

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	10	X	ENFERMERIA		11	2017	1082934088

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
I SIMPOSIO DE GESTION HUMANA FSFB	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	2021	120
SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2021	120
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS	2021	120
AUDITORIA DE LA CALIDAD	POLITECNICO SURAMERICANA	2020	120



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: 06-oct-2022

Fecha Validación: 10-oct-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
latín			X			X			X

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOME SALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionhumana@homesalud.com	
TELÉFONOS 7450708	FECHA DE INGRESO DIA 23 MES 2 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 23 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO SUPERVISORA DE PUNTOS DE	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN Calle 89 #21-30	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRÚRGICA LDIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Administrador@clinicacemeq.com.co	
TELÉFONOS 3305041	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 9 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ASISTENCIAL CIRUGIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN Calle 45a # 27-20	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ESE CARI	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	MUNICIPIO Barranquilla	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ESECARI@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS 3309000	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ASISTENCIAL UCI,	DEPENDENCIA ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CRA 24 # 53D-80	



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: 06-oct-2022

Fecha Validación: 10-oct-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 ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Sucre	MUNICIPIO San Marcos	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esesanjose@sanmarcos.gov.co	
TELÉFONOS 2955310	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 4 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ENFERMERA URGENCIAS Y CONSULTA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN CALLE 15 No 34 - 59	

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	3	3
Pública	0	0
Total	3	3



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: 06-oct-2022

Fecha Validación: 10-oct-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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 06-oct-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