

# 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.

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 26-ago-2022

Fecha Validación: 28-feb-2023

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>MARTINEZ                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>LOPEZ                            | NOMBRES<br>DIANA PATRICIA                                                                                                                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52865769 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                     |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 6 MES SEP AÑO 1981<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KRA 3 A ESTE 160 A 36 INT 1<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6783217<br>EMAIL dmartinez.subredcentrooriente@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 BACHILLER ACADÉMICO |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|-----|----------------------------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     |     | FECHA DE GRADO             |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11° | MES DICIEMBRE AÑO 2000     |

### 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).

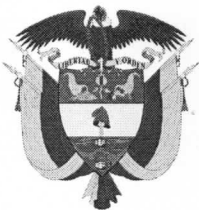
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN | No. DE TARJETA |  |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|----------------|--|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES AÑO     | PROFESIONAL    |  |
| Universitaria | 8             | X        | ENFERMERIA             |  | 12 2013     | 52865769       |  |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                                | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| Ruta Integral de atención en salud enfermedades | Secretaría de Salud      | 2021            | 60    |
| IAMI                                            | SUBRED CENTROORIENTE     | 2019            | 30    |
| TOMA DE MUESTRAS                                | SUBRED CENTROORIENTE     | 2019            | 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.

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 26-ago-2022

Fecha Validación: 28-feb-2023

## 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

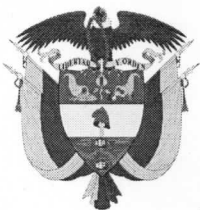
## EXPERIENCIA LABORAL

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 Norte E.S.E. | X                    |                                         | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |                 |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.          | dmartinez.subredcentrooriente@gmail.com |                 |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO     |                                         | FECHA DE RETIRO |
| 6583030                                             | DÍA 9 MES 9 AÑO 2020 |                                         | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                               |                 |
| ENFERMERA JEFE                                      | SALUD PÚBLICA        | CALLE 116 #6-58                         |                 |

| 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.           | dmartinez.subredcentrooriente@gmail.co |                      |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO      |                                        | FECHA DE RETIRO      |
| 2091480                                                      | DÍA 13 MES 8 AÑO 2015 |                                        | DÍA 9 MES 9 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                              |                      |
| ENFERMERA                                                    | SALUD PUBLICA         | CL 22 8 8A 58                          |                      |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                       |                                         |                        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                   | PÚBLICA               | PRIVADA                                 | PAÍS                   |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X                     |                                         | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD              |                        |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.           | dmartinez.subredcentrooriente@gmail.com |                        |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO      |                                         | FECHA DE RETIRO        |
| 6583030                                             | DÍA 14 MES 2 AÑO 2007 |                                         | DÍA 10 MES 11 AÑO 2010 |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                               |                        |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA                              | SALUD PÚBLICA         | CALLE 116 # 6-58                        |                        |



# 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.

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 26-ago-2022

Fecha Validación: 28-feb-2023

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   | 11                    | 3     |
| Total     | 11                    | 3     |

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-ago-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