



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: 28-feb-2023

Fecha Validación: 01-mar-2023

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MOSQUERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DEDIEGO	NOMBRES LUZ MARINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 39415707	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 19 MES ENE AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia CIUDAD Apartadó		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 66 Sur 87 L 10 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6014800432 EMAIL luzmacd27@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 EN PROMOCIÓN DE LA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1995

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TECNICO PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	SENA	2011	1900



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: 28-feb-2023

Fecha Validación: 01-mar-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.	paisubrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 2 MES 9 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PAI		CL 66 15 41

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.	paisubrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3499080	DÍA 5 MES 5 AÑO 2013		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	VACUNACION		Calle 66 No. 15 41 Barrios Unidos

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DE CHAPINERO E.S.E		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	licitacionesbta@servisasesorias.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3230622	DÍA 4 MES 5 AÑO 2012		DÍA 17 MES 8 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA		CRA 6 46-23



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: 28-feb-2023

Fecha Validación 01-mar-2023

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 HOSPITAL VISTA HERMOSA		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n/a	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 10 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO APOYO A LOS PROCESOS	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 67 A Sur 18 C 12	

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	3
Pública	15	2
Total	15	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.

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 28-feb-2023

Fecha Validación 01-mar-2023

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. - 28-feb-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Luz Marina Mosquera

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