



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 28-mar-2023
Fecha Validación: 28-mar-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BERNAL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNÁNDEZ	NOMBRES DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52280483	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES NOV AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 363346 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 4582289 EMAIL dimarceber_79@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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR EN ENFERMERIA	CENTRO DE CAPACITACIÓN EN SAUD UNISALUD	2010	32456

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 28-mar-2023
Fecha Validación: 28-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4399090	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 1 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 2 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN CI 9 39 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4399090	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 1 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO auxiliar enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN CI 9 39 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4399090	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 10 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN : Calle 9 No. 39 - 46	

3

EXPERIENCIA LABORAL



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 28-mar-2023
Fecha Validación: 28-mar-2023

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 5551347	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 7 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO auxiliar enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN CI 19 34 94	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MASCULINO LACOLONIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Sibaté	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coloniatalentohumano@gmail.com	
TELÉFONOS 7250989	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN 1 KM ANTES DE SIBATE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO FEMENINO ESPECIAL JOSE JOAQUIN VARGAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Sibaté	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD claudia.talentohumano@consorciopsic.com	
TELÉFONOS 7250910	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 4 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN KM 25 VIA SIBATÉ	

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 28-mar-2023
Fecha Validación: 28-mar-2023

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD CLÍNICA FEDERMAN		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD agmsaludcta@hotmail.com		
TELÉFONOS 7424232	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 11 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 3 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN AVE CALLE 32 # 19 - 35		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD admo.ninosciegos@gmail.com		
TELÉFONOS 2897302	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 12 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 5 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN CARRERA 12 ESTE # 11-30 SUR		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Fondo de Desarrollo Local San Cristóbal		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD noaplica@hotmail.com		
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 12 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN CALLE 20 SUR # 8A -58		

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 28-mar-2023
Fecha Validación: 28-mar-2023

Privada	3	4
Pública	2	2
Total	5	7

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-mar-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Duany Bernal

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