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: 16-abr-2023

Fecha Validación:20-abr-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ESPINEL	CASTRO	LAURA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1049621473

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES JUN AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Tunja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 51 # 3-52 apto 501

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4743840

EMAIL lauespinelsubredcentrooriente@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 BASICA											TITULO	BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE	AÑO 2006

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Maestría	4	X		MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA	12	2018	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	12	2012	40128

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
LENGUAJE INCLUYENTE	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL	2021	8
CURSO ESPECIAL EN MANEJO DE LA	SENA	2021	48
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2020	30

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS	UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A	2019	144
CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y	SENA REGIONAL ATLÁNTICO	2019	40
CURSO INTEGRADO DE CONSEJERÍA PARA LA	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD-FUNDACIÓN	2019	80
DISEÑO DE PROGRAMAS INTEGRADOS E	OPS-OMS-SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2018	50
CURSO DE AIEPI CLINICO.	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2018	40
ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA Y	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - SUBRED	2018	16
ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA Y	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD-SUBRED	2018	16
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2015	30

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.	Equiposterritoriales@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6014431790	DIA 17 MES 10 AÑO 2022	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista	Salud Publica - Direccion de Gestion del	Av suba 106 47

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: 16-abr-2023

Fecha Validación:20-abr-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: Secretaria Distrital De Salud	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: Notificacionjudicial@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS: 6013649090	FECHA DE INGRESO: DIA 8 MES 2 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO: DIA 20 MES 7 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: Contratista	DEPENDENCIA: Subsecretaría de gestión territorial,	DIRECCIÓN: Kr 32 12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 5966600	FECHA DE INGRESO: DIA 4 MES 5 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 1 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: SALUD PÚBLICA	DIRECCIÓN: KR 3 A ESTE 31 C 21 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: vivienda@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 5966600	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO: DIA 3 MES 5 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PIC SALUD PÚBLICA	DIRECCIÓN: KR 12D 26 A 34 SUR	

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: 16-abr-2023
Fecha Validación:20-abr-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	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.	vivienda@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5966600	DIA 4 MES 7 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	PIC SALUD PÚBLICA	kr 12d# 26a-34 sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vivienda@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5966600	DIA 9 MES 4 AÑO 2018	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	PIC SALUD PUBLICA	kr 12d# 26a-34 sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vivienda@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3734273	DIA 16 MES 5 AÑO 2017	DIA 31 MES 3 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	PIC SALUD PUBLICA	CRA 7No. 30D 44 SUR

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: 16-abr-2023
Fecha Validación:20-abr-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.hospitalmilitar.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3486868	DIA 1 MES 11 AÑO 2016	DIA 30 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ENFERMERIA	TV 3No. 49 00

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Militar Central	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Atencionalusuario@homil.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6013486868	DIA 28 MES 4 AÑO 2015	DIA 31 MES 10 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista	Departamento de enfermería	Tv 3c 49 02

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 1 MES 10 AÑO 2014	DIA 31 MES 8 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista	Salud pública	Kr 78 35 71 sur

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: 16-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4480030	DIA 1 MES 9 AÑO 2014	DIA 30 MES 9 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	URGENCIAS	AV 1 DE MAYO No. 40B 54

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE GARAGOA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyacá	Garagoa	gerencia@hospitalvalledetenza.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7500487	DIA 12 MES 4 AÑO 2014	DIA 8 MES 8 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA APS	SALUD PUBLICA	CRA 8No. 6 02

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL REGIONAL VALLE DE TENZA SEDE TENZA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyacá	Tenza	gerencia@hospitalvalledetenza.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7500487	DIA 10 MES 9 AÑO 2013	DIA 9 MES 4 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFEREMERA S.S.O	GERENCIA	CRA 8 No. 6 02

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: 16-abr-2023

Fecha Validación:20-abr-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: ESE CENTRO DE SALUD BRICEÑO	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	MUNICIPIO: Briceño	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3143015453	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 4 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 8 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA S.S.O	DEPENDENCIA: GERENCIA	DIRECCIÓN: CARRERA 1No. 3 22	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE SALUD PAJARITO	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	MUNICIPIO: Pajarito	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: esesaludpajaritob@yahoo.es	
TELÉFONOS: 3112027974	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 3 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 4 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA S.S.O	DEPENDENCIA: GERENCIA	DIRECCIÓN: CALLE 4 No. 2 00	

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	8	8
Total	8	8

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: 16-abr-2023

Fecha Validación:20-abr-2023

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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. - 16-abr-2023

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