FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 06-jul-2024

Fecha Validación:06-jul-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
NIÑO	ROJAS	LAURA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1015451558

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES ENE AÑO 1995

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 3 # 78B-62

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6088427

EMAIL lmnino2@fucsalud.edu.co

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 Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2011
										X	

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
Universitaria	12	X		MEDICINA	12	2017	1015451558

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en Sedación Básica	Politécnico Mayor	2024	120
Soporte vital avanzado pediátrico (PALS)	National Training Group	2023	48

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Soporte Vital Básico	Empresa colombiana de capacitación H.S.E.Q	2023	40
Soporte Vital Avanzado	Empresa colombiana de capacitación H.S.E.Q	2023	60
Misión Médica	Secretarpia Distrital de Salud de Bogotá	2023	10
Humanicemos la atención en salud	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2023	40
Gestión operativa y mantenimiento del potencial	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	2023	60
Atención integral a víctimas de violencia sexual	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	2023	40
Atención integral a víctimas con agentes químicos	National Training Group	2023	48
Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	90
Atención diferencial en salud a personas LGBTI	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	24
Promoción y Prevención de la Salud	Secretaría Distrital de Salud	2022	45
Comando de incidentes básico	Secretaría Distrital de Salud	2022	16
El derecho de las mujeres a una vida libre de	Secretaría Distrital de la Mujer	2022	40
Inducción y Reinducción - Radiocomunicaciones	UFAPH Subred Integrada de Servicios de Salud	2022	4
Curso Primer Respondiente Virtual	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	16
Humanización y espiritualidad en la atención	San Vicente Fundación	2021	11
Diplomado en Sedación Básica	Politécnico Mayor de Medellín	2021	120
Correcto llenado del Certificado de Defunción	Organización Panamericana de la Salud	2021	8
Soporte Vital Avanzado (ACLS)	Centro de Capacitaciones en Urgencias y	2021	48
Soporte Vital Básico (BLS)	Centro de Capacitaciones en Urgencias y	2021	20
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	2021	40
Misión Médica	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2021	10
Básico de Medicina Transfusional	Secretaría Distrital de Salud	2021	40
Curso de atención integral de urgencias a víctimas	Paramedic Rescue Academy S.A.S	2021	40
Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	2020	40
Atención a Víctimas de Violencia Sexual	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	2020	40
Atención diferencial en salud a personas LGBTI -	Secretaría Distrital de Salud	2020	24
Pediatric Advanced Life Support	National Health Care Provider Solutions	2020	48
Sistema Comando de Incidentes	Secretaría de Salud	2020	20
Soporte Vital Avanzado	Empresa Colombiana de Capacitación H.S.E	2019	40
Soporte Vital Básico	Empresa Colombiana de Capacitación H.S.E	2019	40
Primer Respondiente en Salud Mental	Secretaría Distrital de Salud	2019	8
Promoción y Prevención	Secretaría Distrital de Salud	2019	10
Promoción y Prevención en Salud	Secretaría Distrital de Salud	2019	10
Primer Respondiente en Emergencias y Desastres	Secretaría Distrital de Salud	2019	10
Primer Respondiente para Salud	Secretaría Distrital de Salud	2019	10

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Diplomado en Manejo a Víctimas de Violencia	Politécnico Mayor de Medellín	2018	120

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
inglés		X			X			X	

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 Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3682246	DIA 12 MES 9 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Médico general	Urgencias	Calle 19 # 34-94

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.	dircontratacion@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 13 MES 2 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Médico general APH	APH	Calle 66 # 15-41

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 06-jul-2024

Fecha Validación:06-jul-2024

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*
Corporación Nuestra IPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Jsramirezm@nuestraips.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3008960089	DIA 28 MES 9 AÑO 2018	DIA 31 MES 8 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Médico	Consulta externa	.

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Funza	recursotemporal2@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7576375	DIA 1 MES 3 AÑO 2018	DIA 31 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Médico	Urgencias	Calle 11 #9-99

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Fundación de Salud Mental del Valle		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	fundasamenyanguas@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3008087918	DIA 1 MES 2 AÑO 2018	DIA 31 MES 7 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Médico	Consulta externa Medicina Interna	Hospital Mario Gaitán Yanguas - Soacha

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 06-jul-2024

Fecha Validación:06-jul-2024

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	4	6
Pública	6	0
Total	6	5

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. – 6 de Julio de 2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Laura Marcela Niño R.

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

Firma electronica validador: null