



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida en trámite



Última Actualización: 29-oct-2024

Fecha Validación: 29-oct-2024

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>ZAMORA                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>VALDIVIESO                       | NOMBRES<br>MARIA TERESA                                                                                                                                                                             |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52381902 | 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 27 MES FEB AÑO 1978<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>av carrera 40 #25-79 ap 310 edi torres de malaga 1<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124511416<br>EMAIL mariatvaldivieso@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         |           | bachillerato clasico |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|----------------|-----------|----------------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO |           |                      |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES            | NOVIEMBRE | AÑO                  | 1995 |

### 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             |  | 6           | 2019 | 52381902       |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 29-oct-2024

Fecha Validación: 29-oct-2024

## 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 Sur Occidente E.S.E. | X                     |                                 | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |                 |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.           | PSPIC@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.CO |                 |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO      |                                 | FECHA DE RETIRO |
| 4860033                                                     | DIA 29 MES 7 AÑO 2024 |                                 | DIA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                       |                 |
| ENFERMERA                                                   | ENTORNO EDUCATIVO     | CL 9 39 46                      |                 |

  

| 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.          | certificacionesops@subrednorte.go.co |                       |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO     |                                      | FECHA DE RETIRO       |
| 6014431790                                          | DIA 7 MES 9 AÑO 2020 |                                      | DIA 30 MES 4 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                            |                       |
| ENFERMERA                                           | GAHD/QUINCY          | CL 66 # 15-41                        |                       |

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: 29-oct-2024

Fecha Validación: 29-oct-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   | 0                     | 0     |
| Pública   | 3                     | 10    |
| Total     | 3                     | 10    |

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. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

29 oct. 2024.

Firma electrónica:

null

*María Zamora*

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 electrónica validada: null