



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.



Última Actualización: 04-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO VACA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CORAL | NOMBRES LUISA FERNANDA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1036957204 | 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 22 MES JUN AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 6 78 C 63 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3135335234 EMAIL luisa.fe.va.co@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 |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-------|------|-------------------------------------|------------------------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES AÑO |
| | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | MES NOVIEMBRE AÑO 2013 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| codigo blanco | ESAE | 2020 | 40 |
| toma de muestras de laboratorio | ESAE | 2020 | 40 |
| soporte vital básico | cruz roja | 2020 | 20 |
| auxiliar en enfermería | cedes | 2015 | 1800 |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 22:20:52

1461470

Documento electrónico: a9fa6f28ac721fe4e52f86841848757f47b6d0c572e826b2951d9db75e7e55e8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



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.



Última Actualización: 04-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

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. | | certificacionesops@subrednorte.gov.co | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | |
| 4431790 | DIA 26 | MES 8 | AÑO 2024 | DIA 30 | MES 11 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN | | |
| TECNICO O TECNOLOGO AREAS DE LA | SALUD PUBLICA | | Cl. 75 # 69H- 05 | | |

| 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. | | correspondencia@subrednorte.gov.co | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | |
| 6014523456 | DIA 25 | MES 1 | AÑO 2023 | DIA 30 | MES 11 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN | | |
| Auxiliar de enfermería | Salud publica | | Cl. 66 #1541 | | |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 22:20:52

1461470

Documento electrónico: a9fa6f28ac721fe4e52f86841848757f47b6d0c572e826b2951d9db75e7e55e8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



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.



Última Actualización: 04-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

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. | correspondencia@subrednorte.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 6014333534 | DÍA 20 MES 1 AÑO 2022 | | DÍA 30 MES 11 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| Auxiliar de enfermería | Salud pública | Cl. 66 #15 41 | |

| 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@subredsuoccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 6013849160 | DÍA 1 MES 2 AÑO 2021 | | DÍA 30 MES 6 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| Auxiliar en enfermería | Administrativo | Cra. 77 Bis #7197 | |

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 | 3 |
| Total | 3 | 3 |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 22:20:52

1461470

Documento electrónico: a9fa6f28ac721fe4e52f86841848757f47b6d0c572e826b2951d9db75e7e55e8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



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.



Última Actualización: 04-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

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. - 04-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LUISA FERNANDA VACA CORAL 04/01/2025 08:53:51
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: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 22:20:52