



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: 02-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUINTANA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BENITES	NOMBRES LUISA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1000574439	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 6 MES MAR AÑO 2003 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 153 114 B 58 IN 7 CA 4 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4564083 EMAIL luisamquin@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			Bachiller técnico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES NOVIEMBRE AÑO 2021

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tecnológica	6	X	TECNOLOGÍA EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	6 2023	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Auxiliar de enfermería	Escuela de formaciones técnica "FORMATÉS"	2022	1800
Auxiliar administrativo en salud	Escuela de formaciones técnicas "FORMATÉS"	2022	1800

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 19:09:49

1459215

Documento electrónico: 1471059762509c459160139e7bd9700be298be7d3390a27235d7ce6e0612f38
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: 02-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.		corespondencia@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
4431790	DIA 27	MES 8	AÑO 2024	DIA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
conratista	6587		Calle 66 No. 15-41		

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.		corespondencia@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
4431790	DIA 22	MES 1	AÑO 2024	DIA 26	MES 7 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
contratista	0174		Cl. 75 N°05-69H		

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 19:09:49

1459215

Documento electrónico: 1471059762509c459160139e7bd9700be298be7d3390a27235d7ce6e0612f38
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: 02-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 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
3013810285	DIA 10 MES 4 AÑO 2023		DIA 30 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Promotora de bienestar	Colegio España I.E.D	Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
LyC Calidad y Salud		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lycsaludybienestab@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3054366507	DIA 23 MES 9 AÑO 2022		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar administrativo y operativo en salud	Area administrativa en salud oral	calle 140 #11-45 consultorio 407	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Dime		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dianamenab@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3164446598	DIA 4 MES 2 AÑO 2022		DIA 31 MES 8 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Promotora de habitos saludables e higiene	Atencion en prevención en salud oral	Av cra 9 #103a - 36 consultorio 205	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 19:09:49

1459215

Documento electrónico: 1471059762509c459160139e7bd9700be298be7d3390a27235d7ce6e0612f38
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: 02-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

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	2	10
Pública	1	6
Total	2	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. - 02-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LUISA MARIA QUINTANA BENITES 02/01/2025 11:41:34
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 19:09:49

1459215

Documento electrónico: 1471059762509c459160139e7bd9700be298be7d3390a27235d7ce6e0612f38
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4