



# 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: 10-ene-2025

Fecha Validación: 15-ene-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>FRANCO                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>RIVERA                           | NOMBRES<br>LUCY VIVIANA                                                                                                                                               |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1007601981 | 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 17 MES ENE AÑO 2001<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Tolima<br>CIUDAD Palocabildo                      |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>TV 13 D 45 F 56 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3136484808<br>EMAIL vivianafranco0417@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 Bachiller académico |          |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO             |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES NOVIEMBRE              | AÑO 2018 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| AUXILIAR EN ENFERMERIA | MEDISED                  | 2024            | 1670  |

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 15/01/2025 15:36:40

1469340

Documento electrónico: 887d81b9cc5e90a70418ee21adf046fe5534823bc1a9bd31f372f4a7bf97f296  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



# 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: 10-ene-2025

Fecha Validación: 15-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<br>CAFAM                 | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>NA         |                  |
| TELÉFONOS<br>60116468000                   | FECHA DE INGRESO<br>DIA 23 MES 10 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 24 MES 3 AÑO 2024 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>ENFERMERIA                  | DIRECCIÓN<br>AV.Cra. 68 N° 90-88         |                  |

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                     | 5     |
| Pública   | 0                     | 0     |
| Total     | 0                     | 5     |

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 15/01/2025 15:36:40

1469340

Documento electrónico: 887d81b9cc5e90a70418ee21adf046fe5534823bc1a9bd31f372f4a7bf97f296  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



# 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: 10-ene-2025

Fecha Validación: 15-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. - 10-ene-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
LUCY VIVIANA FRANCO RIVERA 10/01/2025 15:41:34  
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: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 15/01/2025 15:36:40

1469340

Documento electrónico: 887d81b9cc5e90a70418ee21adf046fe5534823bc1a9bd31f372f4a7bf97f296  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3