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: 25-nov-2024

Fecha Validación:25-nov-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GONZÁLEZ	CAMACHO	LAURA STEFFANY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016090615	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES SEP AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 72 C 22 A 27

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3193068499

EMAIL lalis9615@hotmail.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 Bachiller Académico Con Orientación en
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2012
										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	5	2020	1016090615

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2024	40
Curso de Soporte Vital Cardiovacular Avanzado	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2024	50

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso de Atencion Integral en Salud a personas	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2024	40
Curso de Gestion Operatica en Medicina en	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2024	48
Curso de Atencion Integral en Salud a personas	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2022	40
Curso de Soporte Vital Básico "SVB/BLS"	PARAMEDIC RECUE ACADEMY S.A.S	2022	40
Curso de Soporte Vital Cardiovacular Avanzado	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2022	50
Curso de Gestion Operatica en Medicina en	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S	2021	48
Seminario virtual Dolor Agudo para Médicos de	Universidad del Rosario	2021	10
ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON	FUNDACION LOS GUAYACANES COLOMBIA -	2021	12
CURSO DE MANEJO PACIENTE CRITICO	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2021	40
ANTICONCEPCIÓN CON ÉNFASIS EN	FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	2021	68
Taller de Mortalidad Materna organizado por comité	FELSOCEM	2020	10
Manejo interdisciplinar en áreas intensivas del	Asociación Colombiana de Medicina Critica y	2020	9
Curso bases de Hipertensión Arterial para Médico	La Sociedad Estudiantil de Investigación Médica de	2020	6
Curso Soporte Vital Avanzado	Centro de Entrenamiento Emergency Training &	2020	48
Curso Violencia Sexual y de Género con Énfasis en	Centro de Entrenamiento Emergency Training &	2020	40
Curso manejo del DEA (Desfibrilador Externo	Centro de Entrenamiento Emergency Training &	2020	8
Curso Soporte Vital Básico	Centro de Entrenamiento Emergency Training &	2020	20
XVIII Congreso de Ciencias Básicas y	Universidad Nacional de Colombia	2019	24
VI Simposio de Urgencias en Pediatría	Universidad Militar Nueva Granada	2019	8
I Simposio de Ginecología y Obstetricia	Universidad Antonio Nariño	2018	8

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

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: 25-nov-2024

Fecha Validación:25-nov-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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7560505	DIA 27 MES 2 AÑO 2023	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
medico hospilatario	ginecologia y obstetricia	calle 19ª # 34-94

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA MATERNO INFANTIL- EUSALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencion.cliente@eusalud.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4320872	DIA 1 MES 10 AÑO 2022	DIA 30 MES 6 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO HOSPITALARIO	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Calle 54A Bis # 16-29

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL SAN JOSE CENTRO		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3538000	DIA 1 MES 8 AÑO 2022	DIA 31 MES 1 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO HOSPITALARIO	DEPARTAMENTO DE CALIDAD	Calle 10 N° 18-75

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: 25-nov-2024

Fecha Validación:25-nov-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*
HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hocen.depur@policia.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5804401	DIA 1 MES 11 AÑO 2021	DIA 30 MES 5 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico general	Urgencias	KR 59 26 21

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*
3756579	DIA 18 MES 8 AÑO 2020	DIA 17 MES 8 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
medico general	Urgencias	Dg. 38 Sur #8230

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	1	6
Pública	2	8
Total	3	10

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: 25-nov-2024

Fecha Validación:25-nov-2024

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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

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