



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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 17-feb-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ANGULO	NOMBRES LEIDY JINETTE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1233511940	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 1 MES DIC AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 43 A SUR 72 G 74 CA 92 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3213832031 EMAIL lopezleidy405@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 con énfasis en Química
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES NOVIEMBRE AÑO 2016

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría 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
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	7 2022	

OTROS ESTUDIOS

Diligencie este punto en estricto orden cronológico:

Nombre del curso	Institución de formación	Año terminación	Horas
Soporte Vital Avanzado ACLS	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	48
Soporte Vital Pediátrico (PALS)	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	48

Firma electrónica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 17/02/2025 10:48:29

1447739

Documento electrónico: 60f1d97ee53bd54970ccc06d179329a1db9a402ea372dcb96944a026d1803b7
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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 17-feb-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atencion Integral En Salud A Pacientes Victimas De	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Atencion Integral En Salud A Pacientes Victimas De	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Asesoría y Prueba Pautas Para La Realización De	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Manejo del Duelo	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Acciones de Formacion Continua en Salud Mental	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Atencion Integral En Salud A Pacientes en Dialisis	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Toma De Citologia Cervicouterina	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40
Point Of Care Testing (POCT)	Academia de capacitaciones angeles de la Salud S.	2024	40

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 Fundacion Hospital San Carlos	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD emiranda@fhsc.org.co	
TELÉFONOS 7443333	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 1 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Profesional De Enlace	DEPENDENCIA Direccion Medica	DIRECCIÓN Carrera 12 D No. 32. 44 Sur	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 17/02/2025 10:48:29

1447739

Documento electrónico: 60f1d97ee53bd54970ccc06d179329a1db9a402ea372dcb96944a026d1803b7
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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 17-feb-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Coordinacion Enfermeria	DIRECCIÓN Carrera 24c No 53 - 47 sur	

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	1
Pública	0	6
Total	2	5



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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 17-feb-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. - 13-dic-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LEIDY JINETTE LOPEZ ANGULO 13/12/2024 09:48:59
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