



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>MUÑOZ                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>SAENZ                            | NOMBRES<br>LUISA FERNANDA                                                                                                                                   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1023972033 | 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 23 MES OCT AÑO 1998<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 10 C 30 D 11 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7744565<br>EMAIL lufermu123@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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO Educación media |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO         |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                    | DICIEMBRE |  | AÑO | 2016 |

### 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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Universitaria          | 8                          | X                 | ENFERMERIA                                  | 1 2021                 | 1023972033                    |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO     | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                       | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------|------------------------------------------------|-----------------|-------|
| Soporte Vital Básico | Academia de Capacitaciones Angeles de la Salud | 2021            | 40    |
| Triage               | Academia de Capacitaciones Angeles de la Salud | 2021            | 40    |

Firma electronica validador: null

531393

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                                  | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                       | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|-------|
| Administración de medicamentos                    | Academia de Capacitaciones Angeles de la Salud | 2021            | 40    |
| Toma de muestras de laboratorio                   | Academia de Capacitaciones Angeles de la Salud | 2021            | 40    |
| Atención a paciente victima de violencia sexual   | Academia de Capacitaciones Angeles de la Salud | 2021            | 40    |
| Electrocardiografía básica-clínica                | Gescons                                        | 2021            | 4     |
| Soporte avanzado                                  | ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE        | 2020            | 12    |
| Cuidado de heridas en el ámbito hospitalario      | COURSERA                                       | 2020            | 5     |
| El ayer, el hoy y la proyección en salud sexual y | ACOFAN                                         | 2020            | 5     |
| Cuidados y procedimientos generales en la         | COURSERA                                       | 2020            | 5     |
| Camillero                                         | FUSDESA                                        | 2017            | 40    |
| Primeros auxilios                                 | FUSDESA                                        | 2017            | 20    |

## 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

| EMPLEO O CONTRATO                                            |                      |                                                     |                 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                            | PÚBLICA              | PRIVADA                                             | PAÍS            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                    |                                                     | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                          |                 |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.          | radicacionmediosselectronicos@subredcentrooriental. |                 |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO     |                                                     | FECHA DE RETIRO |
| 3282828                                                      | DÍA 8 MES 3 AÑO 2022 |                                                     | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                           |                 |
| Enfermera                                                    | GESTION DE URGENCIAS | diagonal 34 #5 43                                   |                 |

Firma electronica validador: null

531393

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



## 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 Centro Oriente E.S.E. | X                                |                                        | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO                        | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD             |                       |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.                      | infecciones@subredcentrooriente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO                 |                                        | FECHA DE RETIRO       |
| 3282828                                                      | DÍA 12 MES 10 AÑO 2021           |                                        | DÍA 31 MES 1 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA                      | DIRECCIÓN                              |                       |
| Enfermera                                                    | Gestión integral del riesgo-IAAS | Diagonal 34 N° 5 - 43                  |                       |

## 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                     | 0     |
| Total     | 3                     | 0     |

Firma electronica validador: null

531393

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



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. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: Luisa María S.

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