



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: 04-feb-2025

Fecha Validación: 04-feb-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO COCUNUBO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DUCUARA	NOMBRES CAMILA ALEXANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1026580659	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES OCT AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 3 A 46 62 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3102810176 EMAIL cacocunubod@unal.edu.co

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 ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2011

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	10	X	ENFERMERIA		10	2021	1026580659

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO DEL	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2022	48
ACCIONES DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	2022	40

Firma electrónica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 04/02/2025 12:12:56

1497666

Documento electrónico: 0346b72fcac95bb40f544ad29b2d0c4ca956730add3716bf9217d94777843816
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: 04-feb-2025

Fecha Validación: 04-feb-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ACCIONES DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	2022	48
CÓDIGO BLANCO –ATENCIÓN INTEGRAL EN	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA	2022	24

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 HOSPITAL LA MISERICORDIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO San Antonio	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@hospitallamisericordia.gov.vo	
TELÉFONOS 82253445	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 8 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO JEFE DE ENFERMERÍA EQUIPO BASICO	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 7 N 8-89	

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 apoyo.contratos.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017306000	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 11 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 8 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN CARRERA 24 C N 54-47 SUR	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 04/02/2025 12:12:56

1497666

Documento electrónico: 0346b72fcac95bb40f544ad29b2d0c4ca956730add3716bf9217d94777843816
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: 04-feb-2025

Fecha Validación: 04-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 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestiondocumental@cancer.gov.co	
TELÉFONOS 3905012	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 2 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA INVESTIGACIÓN	DIRECCIÓN Calle 1 No. 9 -85	

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	2	1
Total	2	1

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 04/02/2025 12:12:56



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: 04-feb-2025

Fecha Validación: 04-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. - 04-feb-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CAMILA ALEXANDRA COCUNUBO DUCUARA 04/02/2025 10:54:05
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 04/02/2025 12:12:56