



# 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: 21-feb-2025

Fecha Validación: 28-feb-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SALCEDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZÁLEZ	NOMBRES LUZ ADRIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52461288	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 4 MES MAR AÑO 2018 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 70 105 G 27 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5489293 EMAIL lasg_03@yahoo.com.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 BÁSICA											TÍTULO
											Bachiller académico
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES AÑO
										X	NOVIEMBRE 1997

### 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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	11 2021	52461288
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	8 2018	52461288

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 28/02/2025 15:47:39

1516088

Documento electrónico: 8bdaa9c88ca83481c48713a93898b8be0a82c11ef000eec9886d99ad2d6e399  
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: 21-feb-2025

Fecha Validación: 28-feb-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Laboratorio clínico y toma de muestras	Corporación técnica empresarial para el trabajo	2028	60
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	COLSUBSIDIO	2025	4
ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUE CON	COLSUBSIDIO	2025	20
TOMA DE MUESTRAS Y POCT	COLSUBSIDIO	2025	10
SOPORTE VITAL BASICO	IFIDHU	2024	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	IFIDHU	2024	40
Soporte vital avanzado	SIET	2020	48
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	SABER SALUD	2020	20
Atencion de víctimas de ataques con sustancias	Subred sur	2016	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 colsubsidio	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lasg_03@yahoo.com.co	
TELÉFONOS 311473943	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 4 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO enfermera	DEPENDENCIA enfermeria	DIRECCIÓN calle 70 #105g-27	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 28/02/2025 15:47:39

1516088

Documento electrónico: 8bdaa9c88ca83481c48713a93898b8be0a82c11ef000eec9886d99ad2d6e399  
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: 21-feb-2025

Fecha Validación: 28-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 hospital Tunal	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificacionesjudiciales@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 3078181	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 3 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN cra 20- 47b -35 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	5	11
Pública	0	0
Total	5	11

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 28/02/2025 15:47:39

1516088

Documento electrónico: 8bdaa9c88ca83481c48713a93898b8be0a82c11ef000eec9886d99ad2d6e399  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 21-feb-2025

Fecha Validación: 28-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. - 21-feb-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
LUZ ADRIANA SALCEDO GONZÁLEZ 21/02/2025 11:11:27  
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