



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: 10-feb-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DUQUE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GARCÍA	NOMBRES CRISTIIAN CAMILO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1005855853	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" 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 5 MES DIC AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Melgar		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 110 A 72 C 20 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3214910369 EMAIL duquegarciacristiancamilo@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			Bachillerato
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2018

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
Universitaria	8	X	ENFERMERÍA	6 2024	62971

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	100
MANEJO DEL DUELO	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	48

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 18:57:13

1503723

Documento electrónico: 475b057f302278017c8f4b13e947abfe9a0c9bf730ba09d6b2c53a44f10aad
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: 10-feb-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL- CODIGO	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	40
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	60
SOPORTE VITAL VASICO RCCP (BLS)	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	80
SOPORTE VITAL AVANZADO RCCP (ACLS)	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	120
SOPORTE VITAL AVANZADO RCP PEDIATRICO	NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	2024	120

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Universitario Clínica San Rafael		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	plataformas@stewardcolombia.org	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017464714	DIA 1 MES 1 AÑO 2024		DIA 26 MES 2 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Jefe de enfermería	Salas de parto	Carrera 8 # 17-45 Sur, Bogotá D.C	



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: 10-feb-2025

Fecha Validación: 07-mar-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 Cuidado al adulto mayor	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD duquegarciacristiancamilo@gmail.com	
TELÉFONOS 3205813519	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 6 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Jefe de enfermería	DEPENDENCIA Cuidado al adulto mayor	DIRECCIÓN 32 quintas de majuy	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fondo de Desarrollo Local Kennedy	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD induccion@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3118421081	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 11 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Jefe de enfermería	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Av. 1 de Mayo #40B-54, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario Clínica San Rafael	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD plataformas@stewardcolombia.org	
TELÉFONOS 6017464714	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 10 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Jefe de enfermería	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Carrera 8 # 17-45 Sur, Bogotá D.C.	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 18:57:13

1503723

Documento electrónico: 475b057f302278017c8f4b13e947abfe9a0c9bf730ba09d6b2c53a44f10aad
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: 10-feb-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

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	7
Pública	0	1
Total	0	8

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. - 10-feb-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CRISTIÁN CAMILO DUQUE GARCÍA 10/02/2025 07:32:30
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: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 18:57:13

1503723

Documento electrónico: 475b057fce302278017c8f4b13e947abfe9a0c9bf730ba09d6b2c53a44f10aad
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4