



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: 20-mar-2025

Fecha Validación: 20-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MAHECHA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) APONTE	NOMBRES LAURA DANIELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1233694923	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 8 MES JUL AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 98 75 97 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3152244253 EMAIL lauramahecha20@hotmail.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	Bachiller		
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X	BACTERIOLOGIA	6 2022	1233694923

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/03/2025 17:00:33

1534150

Documento electrónico: 98ded16c67a1fa6e9751d66f3ea154405447d0b5dc481398c6650c903554456e Página 1 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 20-mar-2025

Fecha Validación: 20-mar-2025

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 CENASIP	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@cenasip.com	
TELÉFONOS 3209589986	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 7 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO bacteriologa	DEPENDENCIA bact	DIRECCIÓN Calle 68 N. 56B - 08	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SERVISALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servisalud@hotmail.com	
TELÉFONOS 17462367	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 2 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 2 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO bacteriologa	DEPENDENCIA bacterio	DIRECCIÓN CI 63a #35-39 1	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/03/2025 17:00:33

1534150

Documento electrónico: 98ded16c67a1fa6e9751d66f3ea154405447d0b5dc481398c6650c903554456e Página 2 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 20-mar-2025
Fecha Validación: 20-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			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Hospital san rafael de fusagasuga	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Cundinamarca	<i>MUNICIPIO</i> Fusagasugá	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> asistentegerencia@hospitaldefusagasuga.gov.co	
<i>TELÉFONOS</i> 8733000	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> Bacteriologa	<i>DEPENDENCIA</i> empleado	<i>DIRECCIÓN</i> Diagonal 23 12 - 64	

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	1	1
Pública	1	0
Total	2	1

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/03/2025 17:00:33

1534150

Documento electrónico: 98ded16c67a1fa6e9751d66f3ea154405447d0b5dc481398c6650c903554456e Página 3 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 20-mar-2025

Fecha Validación: 20-mar-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. - 20-mar-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LAURA DANIELA MAHECHA APONTE 20/03/2025 13:33:16
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 20/03/2025 17:00:33

1534150

Documento electrónico: 98ded16c67a1fa6e9751d66f3ea154405447d0b5dc481398c6650c903554456e Página 4 de 4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente